

T.C.  
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI  
HASTANE ve SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**SAĞLIK HİZMETLERİNDE FİİLİ İŞLEYİŞ VE TAM  
GÜN YASASI**  
(Yüksek Lisans Tezi)

Tezi Hazırlayan: **Perihan YILDIZ**

İSTANBUL, 2014

T.C.  
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI  
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**SAĞLIK HİZMETLERİNDE FİİLİ İŞLEYİŞ VE TAM  
GÜN YASASI**  
(Yüksek Lisans Tezi)

Tezi Hazırlayan:

**Perihan YILDIZ**

Öğrenci No:

110746291

Danışman:

Prof. Dr. Mehmet Fikret GEZGİN

İSTANBUL, 2014

## YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Sağlık Hizmetlerinde Fiili İşleyiş Ve Tam Gün Yasası’nın Fiili İşleyişe Etkisi” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım. / /2014

Aday: Perihan Yıldız

T.C.  
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ  
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

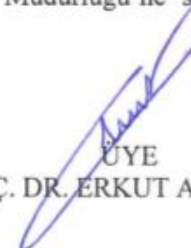
14.03.2014

Enstitümüz *İşletme Yönetimi* Anabilim dalı *Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi* Programı yüksek lisans öğrencilerinden **110746291** numaralı **Perihan YILDIZ** 'ın "*Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim Yönetmeliği*"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "*Sağlık Hizmetlerinde Fiili İşleyiş Ve Tam Gün Yasası*" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 04.02.2014 tarih ve 2014/03 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince (S.D) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında ~~oyçokluğu/oybirliği~~ ile ~~Kabul/Red veya Düzeltme~~ kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.

  
DANIŞMAN

PROF. DR. MEHMET FİKRET GEZGİN

  
ÜYE

YRD.DOÇ. DR. ERKUT ALTINDAĞ

ÜYE  
YRD. DOÇ. DR. ALİ SAYGILI



Adı ve Soyadı : Perihan YILDIZ  
Danışmanı : Prof. Dr. Mehmet Fikret GEZGİN  
Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans, 2014  
Alanı : Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi  
Anahtar Kelimeler : Sağlık İnsangücü Geliştirme, Sağlık İnsangücü Planlaması,  
Sağlık İnsangücü Politikaları, Tam Gün Yasası

## ÖZ

### SAĞLIK HİZMETLERİNDE FİİLİ İŞLEYİŞ VE TAM GÜN YASASI

Ülkemizde Cumhuriyetten günümüze kadar sağlık insangücü politikaları geliştirilmiştir. Bunlardan bir kısmı günümüze kadar uygulanmış bir kısmı da başarısız bulunarak yerini yeni uygulamalara bırakmıştır. Hekimlerin hemşirelerin ve diğer yardımcı personelin çalışma koşullarında ve hizmet sunumunda birçok değişikliklere neden olan bu politikalardan biri de Sağlıkta Dönüşüm Projesidir. 2003 yılında uygulamaya konan bu projeyle Bağ kur, SSK ve Emekli Sandığı kurumları birleştirilmiştir. I. basamak sağlık hizmetlerinde sağlık ocaklarıyla yapılan sunum yerini Aile hekimliğine bırakmıştır. Son olarak da Sağlıkta Dönüşüm Programının bir bileşeni olan "Tam Gün" çalışma sistemi uygulamaya konulmuştur. Yasanın uygulanması ile kamu sağlık hizmetlerinin kalitesinin artacağı, bununla birlikte kamudan özele hekim göçü olması nedeniyle niceliksel olarak hizmet sunumunun etkileneceği kabul edilmektedir. Hekimler tam gün çalışan hekimlere ödenecek ücretlerin kaynağını ve miktarını açık bulmamakta, özlük haklarında bir iyileşme olacağına katılmamaktadırlar. Yarı zamanlı çalışma sisteminin eğitimi olumsuz etkilediği, yasa ile üniversitelerde bilimsel gelişimin artacağı kabul görmekle birlikte özel sektöre geçişler ve performans ağırlıklı çalışma nedeniyle eğitimin kalitesinin olumsuz etkileneceği de ifade edilmektedir. Sonuç olarak hekimler bu şekliyle yasanın uygulanması halinde çalışma koşullarında ve özlük haklarında kalıcı bir iyileşme sağlanamayacağını ifade etmektedirler.

Name and Surname : Perihan YILDIZ  
Supervisor : Prof. Dr. Mehmet Fikret GEZGİN  
Degree and Date : Master, 2014  
Major : Hospital and Management of Healty Care  
Key Words : Full-time Working, Health Manpower Development, Health Manpower Planning, Health Manpower Policies

## **ABSTRACT**

### **THE CURRENT OPERATIONAL PROCESSES IN HEALTH CARE SERVICES AND THE FULL-DAY LAW**

Operation of health service and full time law manpower policies are developed from republic until today in our country. Some part of them carry out until today, however some part of them has been unsuccessfully and they are replaced by new policies. One of these policies is transformation of health programme which cause many change, in working condition of nurses, doctors and helpfully staff member, with this Project free institutions, names are Bagkur, SSK and Emekli Sandığı are combined in 2003. Primary health care services is performed by family medicine instead of cottage hospital. The working conditions of physicians in Turkey were changed a lot of times for maintaining the health manpower development. Finally, as a part of Health Transformation Program, "full time" working of physicians was added to agenda of government. Physicians believe that the new law will increase the quality of health services. Nevertheless, they believe that the migration of physicians from public sector and university to private sector will affect the quality and quantity of health services. They believe that the amount and source of the money for fulltime working is not clear, and they don't believe that the working conditions will be better. They are agreeing that the part time working decreases the quality of medical education in medical schools and new law will increase the scientific workings in university. But they also believe that the migration of physicians from university to private sector and working for only performance point will decrease the quality of medical education.

## İÇİNDEKİLER

|                        | Sayfa No. |
|------------------------|-----------|
| ÖZ .....               | i         |
| İÇİNDEKİLER .....      | iii       |
| TABLolar LİSTESİ ..... | vi        |
| ŞEKİLLER LİSTESİ ..... | vii       |
| KISALTMALAR .....      | viii      |
| GİRİŞ .....            | 1         |

## BİRİNCİ BÖLÜM

### TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETİ VE İŞLEYİŞİ

|                                                                                                                          |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. SAĞLIK İNSANGÜCÜ .....                                                                                                | 4  |
| 2. SAĞLIK İNSANGÜCÜ GELİŞTİRME SÜRECİ .....                                                                              | 8  |
| 2.1. Sağlık İnsangücü Planlama Süreci Faaliyet Adımları .....                                                            | 10 |
| 2.2. Sağlık İnsangücü Planlamasında Kullanılan Ölçütler .....                                                            | 11 |
| 2.3. Sağlık İnsangücü Politikalarının Uluslararası Gelişimi .....                                                        | 12 |
| 3. DSÖ YAPISI VE FONKSİYONLARI İÇERİSİNDE SAĞLIK İNSANGÜCÜ<br>AKTİVİTELERİ .....                                         | 12 |
| 4. SAĞLIK İNSANGÜCÜ YÖNETİMİ TEMEL SORUNLARI .....                                                                       | 14 |
| 5. TÜRKİYE SAĞLIK POLİTİKALARI VE SAĞLIK İNSANGÜCÜ GELİŞİMİ<br>AÇISINDAN SAĞLIK POLİTİKALARININ GÖZDEN GEÇİRİLMESİ ..... | 16 |
| 6. 1990 SONRASI SAĞLIK PROJELERİ .....                                                                                   | 16 |
| 6.1. Birinci Sağlık Projesi .....                                                                                        | 16 |
| 6.2. İkinci Sağlık Projesi .....                                                                                         | 17 |
| 6.3. Sağlıkta Dönüşüm Projesi (SDP) .....                                                                                | 17 |
| 6.3.1. Sağlık Alanında Çalışanların Geliştirilmesi ve Yetkilendirilmesi .....                                            | 26 |
| 6.3.2. Halk Sağlığı Okulu'nun (Hıfzıssıhha Mektebi) Güçlendirilmesi .....                                                | 28 |
| 7. HEKİMLERİN ÇALIŞMA KOŞULLARI VE SAĞLIK İNSANGÜCÜ İÇİNDE<br>HEKİMİN YERİ .....                                         | 28 |
| 7.1. Hekimlik Uygulamaları ve Hekimlerin Çalışma Şekilleri .....                                                         | 33 |

|                                                                                                                         |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 7.1.1. Aile Hekimliği Uygulaması.....                                                                                   | 36 |
| 7.2. Hekimlik Uygulamalarının Ücretlendirilmesi ve Sağlık Bakanlığı Uygulamalarında Performansa Göre Ödeme Sistemi..... | 40 |
| 7.3. Ülkemizde Hekimlik Uygulamaları ve Hekimlerin Çalışma Şekilleri Hakkında Yasal Düzenlemeler.....                   | 46 |
| 7.3.1 Zorunlu Hizmete İlişkin Hükümler.....                                                                             | 48 |
| 7.3.2. Ücret ve Ek Ödemelere İlişkin Hükümler.....                                                                      | 50 |

## İKİNCİ BÖLÜM

### TAM GÜN YASASI ve SAĞLIK HİZMETİ İŞLEYİŞİNE ETKİSİ

|                                                                                                                                                                                                                                                       |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1. SAĞLIKTA TAM GÜN ÇALIŞMAYLA İLGİLİ YAPILAN ÇALIŞMALAR...                                                                                                                                                                                           | 56  |
| 2. TAM GÜN YASA'SININ GEREKÇELERİ.....                                                                                                                                                                                                                | 62  |
| 3. KRİTİK MADDELER VE BU MADDELERE ELEŞTİREL BAKIŞ.....                                                                                                                                                                                               | 63  |
| 4. ÜNİVERSİTELERİN DURUMU.....                                                                                                                                                                                                                        | 68  |
| 5. ASKERİ HEKİMLERİN DURUMLARI.....                                                                                                                                                                                                                   | 70  |
| 6. SAĞLIK PERSONELİNİN TAM GÜN ÇALIŞMASINI TEMİNEN İLGİLİ KANUNLARDA DEĞİŞİKLİK YAPILMASINA DAİR KANUN TASARISI TASLAĞI'NA İLİŞKİN GÖRÜŞ, ELEŞTİRİ VE ÖNERİLER.....                                                                                   | 71  |
| <b>SONUÇ</b> .....                                                                                                                                                                                                                                    | 78  |
| <b>KAYNAKÇA</b> .....                                                                                                                                                                                                                                 | 84  |
| <b>EKLER</b> .....                                                                                                                                                                                                                                    | 88  |
| <b>Ek-1:</b> Tam Gün Yasası Kanun Tasarısı Taslağı Görüş ve Öneri Yazısı.....                                                                                                                                                                         | 88  |
| <b>Ek-2:</b> Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Tasarısı.....                                                                                                                 | 89  |
| <b>Ek-3:</b> 5947 sayılı Üniversite Ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun.....                                                                                                              | 103 |
| <b>Ek-4:</b> 650 Sayılı Adalet Bakanlığının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin Değiştirilerek Kabulü Hakkında Kanun İle Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Hükmünde Kararname..... | 123 |
| <b>Ek-5:</b> Türk Tabipleri Birliği Değerlendirmesi.....                                                                                                                                                                                              | 124 |
| <b>Ek-6:</b> Türk Tabipleri Birliği - Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu'nun Görüşleri                                                                                                                                                                |     |

|                                                                     |     |
|---------------------------------------------------------------------|-----|
| .....                                                               | 131 |
| <b>Ek-7:</b> Türk Dişhekimleri Birliği'nin Değerlendirmesi .....    | 133 |
| <b>Ek-8:</b> Türkiye Biyoetik Derneği'nin Görüşü .....              | 138 |
| <b>Ek-9:</b> Tıp Fakültelerinin Görüşleri .....                     | 139 |
| <b>Ek-10:</b> Türk Sağlık-Sen'in Görüşleri.....                     | 143 |
| <b>Ek-11:</b> Sağlık Emekçileri Sendikası'nın Değerlendirmesi ..... | 148 |
| <b>Ek-12:</b> Sağlık-Sen'in Değerlendirmesi .....                   | 154 |

## TABLÖLAR LİSTESİ

|                                                                                                                       | Sayfa No. |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Tablo 1.</b> Sağlık İnsangücü Süreci Faaliyet Alanı .....                                                          | 9         |
| <b>Tablo 2.</b> 100.000 Kişiyeye Düşen Toplam Hekim Sayısının Uluslararası<br>Karşılaştırması .....                   | 30        |
| <b>Tablo 3.</b> Türkiye'de, Hekim, Hemşire, Diş Hekimi Sayısı ve Sağlık Harcamalarının<br>Yıllara Göre Değişimi ..... | 31        |
| <b>Tablo 4.</b> 1980-1987 Sağlık Personelinin Reel Maaş Değişimi .....                                                | 42        |

## ŞEKİLLER LİSTESİ

|                                                               | Sayfa No. |
|---------------------------------------------------------------|-----------|
| Şekil 1. Kamu Hastane Kurumu'nun Yönetim Şeması.....          | 25        |
| Şekil 2. OECD Ülkelerinde 1000 Kişiye Düşen Hekim Sayısı..... | 32        |

## KISALTMALAR

|          |                                                |
|----------|------------------------------------------------|
| AB       | : Avrupa Birliği                               |
| ABD      | : Amerika Birleşik Devletleri                  |
| AHUY     | : Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği          |
| ATÜ      | : Atılım Üniversitesi                          |
| AÜ       | : Ankara Üniversitesi                          |
| BUT      | : Bütçe Uygulama talimatı                      |
| C        | : Cilt                                         |
| CPR      | : Cardiopulmoner Resüsitasyon                  |
| CÜ       | : Cumhuriyet Üniversitesi                      |
| ÇKÜ      | : Çankırı Karatekin Üniversitesi               |
| DB       | : Dünya Bankası                                |
| DSÖ      | : Dünya Sağlık Örgütü                          |
| GATA     | : Gülhane Askeri Tıp Akademisi                 |
| GSMH     | : Gayri Safi Milli Hasıla                      |
| GSS      | : Genel Sağlık Sigortası                       |
| GSYİH    | : Gayri Safi Yurt İçi Hasıla                   |
| HASUDER: | Halk Sağlık Uzmanları Derneği                  |
| HMD      | : Health Manpower Development                  |
| HMM      | : Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü                 |
| HMS      | : Health Manpower System                       |
| İİBFD    | : İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi |
| KHK      | : Kanun Hükmünde Kararname                     |
| OECD     | : Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü        |
| S        | : Sayı                                         |
| s.       | : Sayfa                                        |
| SB       | : Sağlık Bakanlığı                             |
| SBF      | : Siyasal Bilgiler Fakültesi                   |
| SDP      | : Sağlıkta Dönüşüm Projesi                     |
| SES      | : Sağlık Emekçileri Sendikası                  |
| SGK      | : Sosyal Güvenlik Kurumu                       |

|      |                                      |
|------|--------------------------------------|
| SSK  | : Sosyal Sigortalar Kurumu           |
| SUT  | : Sağlık Uygulama Tebliği            |
| TBMM | : Türkiye Büyük Millet Meclisi       |
| T.C. | : Türkiye Cumhuriyeti                |
| TSK  | : Türk Silahlı Kuvvetleri            |
| TTB  | : Türk Tabipleri Birliği             |
| TUS  | : Tıpta Uzmanlık Sınavı              |
| UDEK | : Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu |
| vd.  | : Ve diğerleri                       |
| YDT  | : Yayınlanmamış Doktora Tezi         |
| YÖK  | : Yüksek Öğretim Kurumu              |
| YYLT | : Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi   |
| WHO  | : Dünya Sağlık Örgütü                |

## GİRİŞ

**Çalışma Konusunun Seçimi:** Sağlık hizmetlerinin istenilen duruma gelebilmesi için doğru bir sağlık sistemine ihtiyaç duyulmaktadır. Sağlık sistemin temel bileşeni olarak da doğru bir sağlık insangücü sisteminin stratejik bir konu olduğu uluslararası literatürde de kabul görmüştür. Sağlık insangücü sisteminin temel bileşenlerinden olan planlama, eğitim ve yönetim süreçlerinin işbirliği içinde yürütülmesi, kaynakların etkili ve verimli kullanılması, kaynak israfının önlenmesi ve verilecek sağlık hizmetinin ihtiyacı karşılayacak özellikte olabilmesi için, gerçekçi, uygulanabilir, kısa, orta ve uzun vadeli sağlık insangücü planlarının yapılması bir zorunluluk haline gelmiştir. Konu üzerinde çalışma yapmak, sağlık insangücü sisteminin geliştirilebilmesine katkıda bulunacaktır.

**Çalışmanın Amacı:** Sağlık insangücünün temel bileşeni olan, uzun ve karmaşık bir eğitim süreci sonunda yetişen hekimlerin de kaynakların doğru ve etkili kullanımı açısından çağdaş sağlık hizmeti verebilecek bilgi, beceri ve özelliklere sahip olarak evrensel ölçütlere ve ülke gerçeklerine göre eğitilmesi, üretken bir şekilde değerlendirilmesi ve ülke çapında dengeli bir şekilde dağılımı gerekmektedir. Hekimlerin niceliksel ve niteliksel olarak geliştirilmeleri yanında çalışma koşullarının da hekimlik mesleğinin özellik ve niteliğine uygun şekilde planlanması ve düzenlenmesi, çalışma şartlarının ve ekonomik koşullarının iyileştirilmesi, bu yolla maddi ve moral motivasyonun sağlanması, sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli sunulmasında önemli bir faktördür.

Ülkemizde de bu anlamda uygulanan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın ve buna bağlı sağlık insangücü politikalarının önemli bir faktör olan hekimlerin çalışma koşullarının yeniden düzenlenmesi tekrar gündeme gelmiş, özellikle kamuda tam zamanlı ve yarı zamanlı çalışma şekilleri ayırımının sağlık hizmetleri sunumuna olumsuz etkileri göz önüne alınarak çalışmalar yapılmış ve yeni yasal düzenlemelere başlanmıştır. Bu çerçevede planlanan düzenlemelerden birisi de kamuda yarı zamanlı çalışma biçiminden tam zamanlı çalışma biçimine geçmeyi hedefleyen "Tam Gün Yasası" olarak bilinen yasal düzenlemelerdir.

Sağlık insangücünün nicelik ve nitelik bakımından fiili işleyişe etkisini araştırmak, tam gün yasasının olumlu yönlerine vurgu yaparak olumsuz yönlerini ortadan kaldırılması ve düzeltilmesine katkıda bulunmak amacıyla bu çalışma yapılmıştır.

**Çalışmanın Önemi:** Sağlık sektörü emeğin yoğun bir şekilde kullanıldığı bir alandır. Dünya ülkelerinin birçoğunda sağlık sektörleri harcamalarının % 60'ından fazlasını insan-emek gücü oluşturur. Ülkemizde ise Sağlık Bakanlığı'nda bu oran yaklaşık % 75 düzeyindedir. Sağlık hizmeti teknik bilgi ve yetenekle sarmalanmış bir insangücüne ihtiyaç duyar. Bu nedenle sağlık hizmetinin merkezini, insangücünün zekası ve fiziksel kapasitesi oluşturur.

Sağlık hizmetleri sunumunda temel faktör insandır. Daha kaliteli sağlık hizmeti sunabilmek amacıyla ihtiyacı karşılayan donanımına sahip mekanlara ve araç-gereçlere ihtiyaç vardır. Tüm bunlardan çok daha önemlisi kaliteli sağlık insangücüne duyulan ihtiyaçtır.

Sağlık hizmetlerinin geliştirilmesinin tarihsel sürecinde en önemli etkeni sağlık insangücü geliştirme faaliyetleri oluşturmuştur. Sağlık insangücü Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından ilk kurulduğu yıllardan başlayarak günümüze kadar çalışması ve üzerinde durulması gereken ciddi bir konudur. Ülkemizdeki sağlık politikalarında da sağlık insangücü daima önemli bir yer teşkil etmiştir.

**Çalışma Planı:** Çalışma iki başlık altında toplanmıştır. Birinci bölümde ülkemizdeki sağlık hizmeti işleyişi, bu işleyişe emek sunan sağlık insangücünün planlanması ve buna ilişkin politikalar ile sağlıkta dönüşüm projesiyle hizmet sunumundaki değişiklikler ele alınmıştır. Hekimlerin çalışma şekilleri hakkındaki yasal düzenlemeler ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetinde yapılan köklü değişiklikler ve Aile Hekimliği Uygulaması incelenmiştir. Birinci bölümde yazılanlar aynı zaman da ikinci bölümün özü olan Tam Süreli Çalışma'nın daha iyi anlaşılmasına zemin hazırlamıştır. İkinci bölüm de ise hekimlerle birlikte dolaylı olarak tüm sağlık personelinin kapsayan Tam Gün Yasası incelenmiştir. Bu yasanın sağlık hizmeti işleyişine etkisi araştırılmıştır. Bu yasaya ilişkin sağlık çalışanlarının üye olduğu dernek ve sendikaların görüş ve eleştirilerine yer verilmiştir. Tam Gün Çalışmayla ilgili çıkarılan tüm yasalar Resmi Gazeteden bulunarak incelenmiş ve değerlendirilmiştir.

**Karşılaşılan Zorluklar ve Sınırlamalar:** Çalışmanın yasa ve yönetmelikler üzerinde temelleniyor olması karşılaşılan en önemli zorluğu oluşturmıştır. Bu nedenle yasalara ilişkin maddelerin doğru bir şekilde anlaşılabilmesi amacıyla hastane idarecilerinin, mutemet ve personel müdürlerinin görüşlerine başvurulmuştur. Kaynak taraması yapılırken kaynaklara ulaşmakta zorluklar yaşanmıştır. Sağlık politikaları ve sağlık insangücü çalışma şekillerinde köklü değişikliklere neden olan 1978 yılı ile özellikle 2003 yılından sonraki “Sağlıkta Dönüşüm Projesi” kapsamında çıkartılan yasalarla birlikte 2010 yılında yürürlüğe giren “Tam Gün Yasası” ve 2014 yılının başlangıcına kadar yasada yapılan değişiklikler çalışmanın sınırlarını ve kapsamını belirlemiştir.

**Kullanılan Metod ve Teknikler:** Çalışmada tarihsel yöntem ve kaynakların taraması tekniğinden yararlanılmıştır. Tüm bilgi ve belgeler kronolojik olarak değerlendirilmiştir. Kişisel gözlemlerden ve mesleki deneyimlerden yararlanılmıştır.

#### **Bu Çalışmanın Başlıca Varsayımları:**

- i. Tam Gün Yasası, uygulanmakta olan şekliyle kamu sağlık hizmet kalitesini olumsuz etkilemektedir.
- ii. Sağlık hizmeti sunumunda insangücü planlamalarına ait yetersiz ve başarısız politikalar sağlık hizmet kalitesini olumsuz etkilemektedir.
- iii. Tam Gün Yasası’yla getirilen performans uygulamaları hekimlere odaklı uygulandığı için diğer yardımcı personelin motivasyonunu olumsuz etkilemektedir.
- iv. Tam Gün Yasası’yla getirilen mesai dışı ve performans uygulamaları devletin sağlık harcamasını arttırmıştır.
- v. Özel hastanelerin katkı paylarını, teşhis ve tetkikte talep ettiği ücretlerini arttırması kamu hastanelerinde hasta yoğunluğunun artmasına neden olmuştur.
- vi. Sağıkta yapılan bu dönüşümle birlikte artan sağlık harcamaları sonucu devlet katkı paylarını artırma, tetkik ve tedavi bazı ilaçlarının devlet ödemesinden çıkartma yoluna gidebilecektir.

## BİRİNCİ BÖLÜM

### TÜRKİYEDE SAĞLIK HİZMETİ VE İŞLEYİŞİ

#### 1. Sağlık İnsangücü

İnsan kaynakları diğer bir ifadeyle insangücü bir kurumda hizmet verenlere verilen genel bir addır.<sup>1</sup> Sağlık hizmetine emek veren insangücü ise ister kamu ister se özel sektör olsun bu alanda hizmet veren tüm personeldir.<sup>2</sup> Sağlık insangücü, özel veya kamu, topyekün sağlık hizmetlerinde insanların gereksinim duyduğu sağlık ihtiyaçlarına cevap veren ve bu alanda hizmet veren personele verilen isimdir.<sup>3</sup> Sağlığın insangücü sistemi, sağlık sisteminin en önemli faktörlerinden biridir ve buna bağlı olarak sağlık insangücü kaynaklarının sistematik planlamasını, yönetimini, bununla ilgili işleri ve kuruluşları doğal olarak kapsar. Politikaları ve kaynakları topluma sağlık hizmetini verecek sağlık insangücüne göre düzenler. Sağlık insangücü sistemi, devamlı bilgi akışı, kaynaklar ile profesyonel alanlar, tüketiciler, eğitim ve hizmet kuruluşları ve çeşitli politik kuruluşlar arasındaki işbirliği ve tüm bunların sonucu ortaya çıkan oluşumdur. Bu işlevler sağlık insangücü sürecini oluşturmaktadır. Bu süreç içerisinde temel bileşen olarak sağlık insangücü planlaması, eğitimi ve yönetimi aktiviteleri yer alır. Bu temel bileşen aynı zamanda sağlık insangücü geliştirme süreci olarak da tanımlanmaktadır.

Sağlık insangücü geliştirme, sağlık insangücünün planlanması, üretimi, eğitimi ve yönetimi, sağlık insangücü alanındaki ihtiyaçların tespiti ve sağlık çalışanlarının gerektiği gibi eğitilmesi, istihdam edilmeleri, yeterli ücret almaları ve sağlık sisteminde yer almaları için mesleki gelişimi fırsatlarını sağlayacak adımların atılmasını sağlamaktır. Bu çalışmaların en önemli faktörü tutarlı bir sağlık insangücü politikası geliştirilmesi ve buna istinaden planlama, eğitim ve yönetim ve istihdam politikaları arasındaki işbirliği ve uyumun sağlanmasıdır. Sağlık insangücü geliştirme kavramı insangücünün nitelik ve niceliğine yönelik olarak bu üç ana başlık altındaki çalışmaları içerir. Sağlık insangücü planlama, makro ve mikro planlamayı içermekle

<sup>1</sup> B. Kılıç, Türkiye için Sağlık İnsangücü Planlaması ve İstihdam Politikaları, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, Cilt(C.) 6, Sayı(S.) 6, Ankara, 2007, s. 501

<sup>2</sup> Kılıç, s. 501.

<sup>3</sup> O. F. Gümrükçüoğlu - N. Tosun - S. Yol - S. Septioğlu - H. Zırh, Türkiye Sağlık İnsangücü Durum Raporu, Ankara, 2008, s. 9.

birlikte, insangücü arz ve ihtiyacını, insangücü dağılımını, personel standartlarını, iş tanımlarını, görev ihtiyaçlarını, kaliteli hizmetin verilebilmesi için gerekli olan bilgi ve tutumları belirler ve denetim yapısını oluşturur. Sağlık insangücünün önemli unsurlarından biri olan yönetim işin yapılışıyla ilgili kriterleri belirleme, uygun adayları seçme, çalışan personelin denetimi, takibi, çalışmasının ölçülmesi, izleme, verilecek ücretin belirlenmesi, terfi, motivasyon/teşvik ve kariyer gelişimi eğitimlerini de içine almaktadır.<sup>1</sup> Eğitim faktörü ise, hizmeti verecek insangücü sınıflandırılmasını, mesleki uzmanlık kriterlerini, çalışma koşullarını ve ortamını tanımlar, sağlık personelinin temel eğitimi ve sürekli eğitimini içeren eğitim programları düzenler ve yürütür, gelecek eğitim programlarının devamını sağlar.

Sağlık planlaması, toplumun sağlık sorunlarının belirlenmesi, kaynaklarının tanımlanması, sağlık ve sağlık bakım amaçlarının saptanması, hedeflerin belirlenip ve bu hedeflere ulaşmayı sağlayacak teknik ve yönetsel enstürümanların oluşturulup belirlenmesini tanımlayan bir süreçtir. Sağlık planlaması sosyal ve ekonomik gelişme planının da ayrılmaz bir parçasıdır. Türkay, Özcan, Taranto, Koç, Veziroğlu, Akbay insangücü planlamasının amacını şöyle tanımlamaktadırlar: İhtiyaç duyulan sağlık hizmetini verecek nicelik ve nitelik bakımından yeterli kişinin, sağlık bütçesini sarsmayacak oranda, ihtiyaç duyulan yerlerde ve zamanda istihdam edilmesidir.<sup>2</sup> Sağlık planlamasında belirlenen hedeflerin başarıya ulaşması kaynakların kullanılabilirliği, uygun teknoloji, kaynakların etkin yönetimi, toplumun onayı ve katılımı bu süreci etkileyen temel faktörlerdendir.

Sağlık insangücü planlaması, bölgelere göre çalışan sağlık personeli dağılımını ve bu bölgelerdeki sağlık insangücü ihtiyacını, hizmetin veriliş şeklini, sağlık hizmeti standartlarını ve tüm bunların denetim ve takibini oluşturan süreçtir.<sup>3</sup> Sağlık insangücü planlaması, günümüzdeki sağlık hizmeti sunumunun tüm kriterlerini içine almakla beraber gelecek yıllara dair çalışmalar yapılmasını da kapsar. Sağlık insangücü planlamasında bir ülkenin uzun vadede ortaya çıkan sağlık hizmeti ihtiyaçları belirlenir. Ülke sağlık ihtiyaçlarını her alanda değerlendirip, verilecek hizmetin kaliteli, uygulanabilir, az maliyetli, ülke çıkarlarına uygun şekilde yürütülmesi planlamanın içeri-

<sup>1</sup> F. Türkay - S. Özcan - Y. Taranto - Y. Koç - A. Veziroğlu - K. Akbay, Sağlık İnsangücü Mevcut Durum Raporu, Ankara, 1996, s. 1.

<sup>2</sup> Türkay ve diğ., s. 3.

<sup>3</sup> Türkay ve diğ., s. 3.

sindedir.<sup>1</sup> Her ülke coğrafi, ekonomik ve kültürel faktörleri göz önüne alarak maliyeti en az kalitesi üst seviyede sağlık hizmeti sunabilmek amacıyla kendine özgü planlama yapmalıdır.

1970'li yıllara gelindiğinde ülkemizde özellikle sağlık hizmeti sunucularının bilgi ve donanımlarının artırılması hedeflenmiştir.<sup>2</sup> Sağlık insangücü planlaması sağlık hizmeti verilecek alan ve yerlerin belirlenmesi, çalışacak nitelikli personelin belirlenmesi, niteliğine uygun olarak sağlık insangücünün, ihtiyaca uygun dağılımıdır.<sup>3</sup> Sağlık insangücü planlamasının tanımı genel olarak şöyle yapılabilir: Sağlık insangücü planlaması, mevcut sağlık hizmet durumunun tespiti, sistemin sorunlarının belirlenmesi, sağlık insangücü arzının ve dağılımının, sağlık hizmet sunumunda olması gereken düzeylerin belirlenmesi, hedeflere ulaşmak için uygun politikalar üretmek, ölçme ve değerlendirmelerle denetimin sağlanmasıdır.<sup>4</sup> Sağlık hizmetlerinde sağlık insangücü üzerinde önemle durulması gereken bir konudur. Sağlık sistemlerinin temelini oluşturan, uygulanan politikaların başarısını ve kalitesini etkileyen temel bir unsurdur.

Sağlık hizmetleri bir bütündür. Bu hizmetler adilane olmak zorundadır. Sağlık hizmeti verecek sağlık insangücünün, çağdaş sağlık hizmeti ihtiyaçlarını karşılayabilecek özellikte, nitelikli bilgi-beceriye sahip ve sağlık sorunlarını ekip anlayışı içinde çözebilecek özelliklere gereksinim duyar. Kılıç ve Tunç da etkili bir insangücü planlamasının önemine şöyle değinmiştir: “Ülkemizde nitelik ve nicelik bakımından ihtiyaç duyulan sağlık insangücünün sınırlı olması sağlık sistemini olumsuz etkilemektedir. Tüm topluma kaliteli ve yerinde hizmet sunabilmek için ciddi bir sağlık insangücü planlamasına ihtiyaç vardır.”<sup>5</sup> Sağlık hizmeti çalışanlarının evrensel niteliklere göre yetiştirilmesi, ülke genelinde dengeli bir şekilde dağılımı planlanması ve istihdamı hizmetin kalitesini doğrudan etkilemektedir.

---

<sup>1</sup> F. Şantaş – Ö. Özer – Ü. Çıraklı, “Türk Kalkınma Planlarında Sağlık İnsan Gücü Planlaması”, Çankırı Karatekin Üniversitesi (ÇKÜ), İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi (İİBFD), C. 2, S. 2, Çankırı, 2012, s. 46.

<sup>2</sup> Kılıç, s. 501.

<sup>3</sup> Ş. Kavuncubaşı – S. Yıldırım, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitabevi, 2. Baskı, Ankara 2010, s. 379

<sup>4</sup> Kılıç, s. 502.

<sup>5</sup> M. Kılıç - Ş. Tunç, “İnsan Kaynakları Planlaması Açısından Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgelerinde Çalışan Hekimlerin Sorunları ve Memnuniyet Durumlarının Değerlendirilmesi”, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık İdaresi Dergisi, C. 7, S. 1, Ankara, 2004, s. 24.

Sağlık insangücü planlamasında ihtiyaç duyulan mevcut kaynakların yerinde ve zamanında kullanılması, sağlık hizmetinin ihtiyaca cevap verecek nitelikte olabilmesi gerekmektedir. Gerçekçi olmayan sağlık insangücü planlamaları sağlık sisteminin işleyişini ciddi olarak etkilemektedir. Böylece toplumun sağlık hizmeti ihtiyacı istenilen düzeyde ve nitelikte alması güçleşmektedir. Bu veriler ışığında, kısa, orta ve uzun vadeli sağlık insangücü planlarının yapılması bir zorunluluktur.<sup>1</sup> Mevcut insangücü ihtiyacını doğru yerde ve doğru zamanlama ve etkili bir şekilde dağılımı ile gelecekteki insangücü ihtiyacının belirlenmesi, teknik bilgi ve becerilere sahip sağlık insangücünün bilimsel ölçütlere uygun istihdam edilmesiyle mümkündür.<sup>2</sup> Sağlık hizmetlerinde insangücünün etkili bir şekilde planlanması hayati olduğu kadar evrensel sağlık hizmeti sunumunu da doğrudan etkiler.

Başka ülkelere bakıldığında, sağlık sistemlerinin birbirinden farklı olduğu bilinmektedir. Ülkelerin sosyo ekonomik, coğrafi ve kültürel özellikleri farklılıklar göstermesi yanı sıra bu farklılıkları oluşturan bilimsel-teknolojik boyut, yönetsel boyut ve politik boyut en önemlileri arasındadır. Tıbbi boyut bilimin evrenselliğinden dolayı diğer değişkenlere bağlı olmayıp ülkelere göre farklılıklar göstermemelidir. Yönetsel açıdan ülkelere göre farklılıklar görülebilir. Sağlık politikası herhangi bir yerdeki sağlık sektörünün yapılanmasını belirler.<sup>3</sup> Diğer taraftan yönetsel bilimin bilimsel ve tarafsız olarak uygulanması gerekmektedir. Bu nedenle farklı olmaması beklenir. Politik boyut ise farklılık gösterebilir, ülkeden ülkeye, ülkenin eyaletlerinde ve hatta hizmet birimlerinde bile farklılıklar gösterebilir. Sağlık sistemleri sağlık sektörünü tanımlamada kullanılan tıbbi ve yönetsel boyutları da önemli oranda etkiler.

Sağlık sistemleri içinde insangücü stratejisi, finansman ve örgütlenme sağlık politikasının uygulama alanlarıdır. Sağlık insangücü sağlıkta mevcut sorunların çözümü ve gelecek yıllara ait hedeflerin uygulanabilmesi için gerçekçi politikalar üretmek ve bu politikaların toplum tarafından benimsenmesi ve evrensel değerler

---

<sup>1</sup> Gümrükçüoğlu ve diğ., s. 9.

<sup>2</sup> N. İşlek, Hemşirelik Hizmetlerine İlişkin İşyükü Analizine Dayalı İnsangücü Planlaması: Klinik Ölçeğinde Bir Uygulama, Hacettepe Üniversitesi (HÜ) Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi (YYLT), Ankara, 2005, s. 13.

<sup>3</sup> R. Akdur, "Cumhuriyetten Günümüze Sağlık İnsangücü Politikaları", Hekim ve İnsan S. 5, C. 1, Ankara, 1999, s. 17.

taşıması sağlık insangücü planlaması için zorunludur.<sup>1</sup> Sağlık insangücü politikası ise sağlık politikasının önemli alt bileşenini oluşturur.

## **2. Sağlık İnsangücü Geliştirme Süreci**

Sağlık insangücü geliştirme süreci öncelikle toplumun sağlık gereksinimlerinin belirlenmesiyle başlar. Yaş gruplarına göre risk değerlendirilmesi bölgelere göre personel gereksinimi çalışan sayısı ve niteliği araştırılmalıdır. Sağlık hizmeti sunumun bölgelere göre sayısal değerleri de dikkate alınmalıdır. Sağlık İnsangücü geliştirme faaliyetleri oluştururken bölgelerin kültürel, coğrafi, sosyo ekonomik durumları açığa çıkarılmalıdır. Tüm planlamalar için doğru güvenilir bir veri bankası oluşturulmalı ve bu veriler üzerinden politikalar üretilmelidir. Sağlık insangücü geliştirme süreci Sağlık İnsangücü Planlaması, Sağlık İnsangücü Üretimi ve Sağlık İnsangücü Yönetimi süreçlerinin bir araya gelmesiyle oluşmaktadır.

Sağlık insangücü planlamasında strateji, bölgesel planlamanın yapılarak bölgede sağlık seviyesini istenilen düzeye yükseltmeyi hedefler. Bunun için sağlık insangücünün dengeli dağılımını yapmak, koruyucu ve tedavi edici hekimliğin entegrasyonunu yaparak ülke sağlık programını hazırlamak önem arz etmektedir. Sağlık insangücü üretiminin amacı gerekli insan gücünü temin etmektir. Sağlık insangücünün eğitimlerinin planlanması, öğretim metodlarının ve eğitim hedeflerinin programlanması ve müfredatın belirlenmesi şarttır. Sağlık insangücü yönetiminde personel alma ve seçme, bu personeli işe yerleştirme, personelin oryantasyonu ve sürekli eğitimi önemlidir. Bu süreçlere ait amaç, hedef, strateji, aksiyonlar ve alt hedefler aşağıda Tablo. 1’de detaylandırılmıştır.

---

<sup>1</sup> Akdur, s. 19.

**Tablo 1. Sağlık İnsangücü Süreci Faaliyet Alanı**

TOPLAM GAYE: Sağlık Hizmeti sunumu İçin Gerekli İnsangücünden Emin Olmak

|             | Sağlık İnsangücü Planlaması                                                                                  | Sağlık İnsangücü Üretimi                                                            | Sağlık İnsangücü Yönetimi                                                                                                                                                                                  |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| AMAÇ        | İçinde sağlık insangücü projesinin yer aldığı bir sistem oluşturmak                                          | Gerekli insangücünü temin etmek                                                     | Sağlık insangücü kullanımını optimize etmek                                                                                                                                                                |
| HEDEF       | Sağlığın seviyesini istenilen düzeye yükseltmek için gerekli olan takım sayısını ve tertibi belirlemek       | $y$ tipinde $x$ elemanı yetiştirmek                                                 | Sağlık insangücü dağılımını ve performans standartlarını belirlemek, kullanım şekillerini ve işgücü dışı girdileri belirlemek                                                                              |
| STRATEJİ    | Bölgesel planlama, lokal planlama, sağlık insangücü projeksiyonları, toplama, uyumlaştırma ve birleştirme    | - Eğitim planlaması<br>- Öğretim metodlarının ve eğitim hedeflerinin programlanması | Reorganizasyon:<br>- yöreselleşme<br>- koruyucu ve tedavi edici hekimliğin entegrasyonu<br>- ülke sağlık programı<br>- temel sağlık hizmetleri<br>- sağlık insangücü proje yönetimi                        |
| AKTİVİTELER | Planlama ve programlama, Koordinasyon, Uygulamaların izlenmesi ve değerlendirilmesi, Araştırma ve geliştirme | - Eleman seçme kampanyası<br>- Kabul prosedürleri ve müfredatın belirlenmesi        | Kuruluş ve Uygulama:<br>- denetim sistemi<br>- oryantasyon sistemi<br>- sürekli eğitim<br>- eleman alma ve seçme prosedürleri<br>- kariyer geliştirme şeması<br>- personeli işe yerleştirme<br>- kadrolama |
| HEDEFLER    | $t$ zamanlı, $y$ tertipli operasyonun $x$ sağlık takımı                                                      | $t$ zamanında, $y$ tipinde, $x$ sayıdaki eğitimli personel                          | Belirli bir nüfusa belirli kalitede hizmet sunan $x$ sayıda hizmet ünitesi kapsama alanı                                                                                                                   |

Kaynak: Hornby P, Ray D. K., Shipp P. J., Hall T. L., Guidelines for Health Manpower Planning. A Course Book. WHO, Geneva, 1980, s. 28. (Tablo çevirisi: H. Kaçak, Hastanelerde Hizmet Faaliyetlerine Dayalı Hekim Planlaması ve Tahsisi, Atılım Üniversitesi (ATÜ), Sağlık Kurumları İşletmeciliği (SKİ), YYLT, Ankara, 2010, s. 21.

## 2.1. Sağlık İnsangücü Planlama Süreci Faaliyet Adımları

İnsan kaynakları, sağlık hizmetleri kalitesinin, bu hizmetin özelliklerinin ve finansmanın temel belirleyicisidir. Bu nedenle sağlık hizmetinin öznesi durumunda olan insanın motivasyonu ve verimliliği esas olmalıdır. Sağlık insangücünde amaç; motivasyonu sağlanmış, donanımı, becerisi ve verimliliği artırılmış insanla genel dağılımı ihtiyaç durumu gözetilerek yapılmış hizmet bütünü olmalıdır.<sup>1</sup> Sağlık hizmeti bu kriterler göz önüne alındığında ülkenin sosyal, kültürel ve ekonomik şartlarına uyumunda insan kaynaklarının önemini ortaya koymaktadır. Sağlık insangücü planlaması mevcut insangücü ve hizmetlerle ilgili sağlık insangücü durum raporunu oluşturmalıdır.<sup>2</sup> Gelecekteki sağlık insangücü arzıyla, mevcut durum ve verilerden yola çıkarak çeşitli projeksiyon modelleri kullanılarak sağlık insangücü arzının tahmin edilmesi ile ilgili çalışmalar yapılmalıdır. Sağlık İnsangücü gereksinimleri, bölgelere göre dağılımı gelecekteki ihtiyacın belirlenmesine yönelik olmalıdır. Sağlıkta insangücü planlaması, bu alanda uzman olan kişiler tarafından belirlenir. Ülkemiz insanı sağlık hizmetine ihtiyaç duymasına rağmen bu alanda yüksek bir bilinç oluşmadığından sağlık kurumlarına başvurmada yeti geliştirememiştir. Bu durumda farklı verilere ihtiyaç duyulabilir. Öncelikle bireyleri kendi yaşam alanlarında değerlendirmek gerekir. Bu çerçevede bireylerin yaşam alanlarındaki risk değerlendirmesi yapılır. Bu tür bir yaklaşım bireylerin alacağı sağlık hizmetini risk değerlendirmesine göre öncelikli kılar. Böylece bölgelere ve bu bölgelerde sık görülen hastalıklara karşı sağlık hizmeti sunucularının düzenli dağılımı sağlanabilir.

Sağlık personelinin çalışacağı bölgelerdeki nüfus dağılımı, sağlık kurumlarına yıllık başvuru sayıları, kurumların doluluk oranları, sağlık kurumlarının istihdam ihtiyacına göre kadrolara atanacak çalışan sayısı belirlenmelidir. Daha önce norm kadro çalışması yapılmış fakat başarılı olamamıştır. Çünkü bu uygulama sadece çalışan sayısı hesaba katılarak yapılmış, yöre nüfusu, bölgedeki sağlık hizmeti sunan tesislerinin sayısı ve özelliği, sağlık kurumuna yapılan yıllık başvuru sayısı dikkate

---

<sup>1</sup> R. Akdağ - S. Nazlıoğlu - S. Mollahilaloğlu ve diğ., Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu, Ankara, 2011, s. 11.

<sup>2</sup> Gümrükçüoğlu ve diğ., s. 11.

alınmamıştır. Yoğun başvurunun yapıldığı yerler ile daha az başvurunun yapıldığı yerler arasında insangücü dağılımı tekrar değerlendirilebilir. Böylece halkın tamamına hizmet sunan bir sağlık hizmeti planlaması yapılabilir.<sup>1</sup> Sağlık hizmetini vermekle yükümlü kurum ve kuruluşlar bir hekime ve hemşireye düşecek olan kişi sayısını insangücü/nüfus oranı yöntemiyle hesaplayarak planlamalıdır. Yönetimden ve örgütlenmeden kaynaklanan sorunlar çözümlenmeli insan emeğini ortaya koyan planlar yapılmalıdır.<sup>2</sup> Buna ek olarak arzla gereksinimler arasındaki uyumsuzluklar tespit edilmeli ve fark edilen uyumsuzluklar giderilmelidir.

## **2.2. Sağlık İnsangücü Planlamasında Kullanılan Ölçütler**

Sağlık insangücü planlaması mevcut durumu görünür hale getirmeyeyle başlar. Bu kapsamda değerlendirme için bilgi derlemesi yapılır.<sup>3</sup> Sağlık insangücünün sayısal olarak bölgelere, illere ve kurumlara göre dağılımı belirlenmelidir. Sağlık insangücünü belirgin hale getirmek amacıyla sağlıkla ilgili eğitim kurumlarının sayısını, istihdam oranlarını ve sağlık okullarından mezun olanların yıllık sayılarını bunun karşısında ülkenin yıllık bölge nüfus artışını ve sağlık kurumlarına yıllık başvuru sayı istatistiklerini belirlemek zaruridir. Halkın sağlık hizmetine yönelik yanlış bilgi, inanç ve davranışları ile sağlık hizmetine ulaşmada karşılaşılan zorluklar da sağlık planlamasında kullanılmalıdır. Kişi başına düşen milli gelir, sağlık harcamaları için kişi başına düşen parasal miktar, milli gelirden sağlık için öngörülen ya da ayrılan bütçe, sağlık için yapılan harcamalarında özel ve kamu dağılımındaki oran, ülkelerin yıllara göre değişkenlik gösteren işsizlik oranı, özel sağlık sigortaları gibi veriler sağlık insangücü planlanmasında kullanılan ekonomik ölçütlerdendir.<sup>4</sup> Bununla birlikte sağlık hizmeti verilecek bölgelerdeki doğurganlık, hastalık ve ölüm oranları, çevre sağlığı, beslenme alışkanlıkları sağlık planlamasında kullanılan diğer önemli ölçütlerdir.

---

<sup>1</sup> M. Solak – N. Bayraktar, Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu (Kurumların Öğrenci ve Akademik Personel, Fiziki Mekan ve Kapasite, Cihaz ve Donanım Durumu), Uyum Ajans, Ankara, 2010, s. 4.

<sup>2</sup> Gümrükçüoğlu ve diğ., s. 10.

<sup>3</sup> Gümrükçüoğlu ve diğ., s. 11.

<sup>4</sup> Solak, s. 5.

### 2.3. Sağlık İnsangücü Politikalarının Uluslararası Gelişimi

İlk sağlık organizasyonları 17. ve 18. yüzyıllarda Avrupa ülkelerinin Asya ve diğer ülkelerle yaptığı deniz ticareti ve yeni keşifler neticesinde ortaya çıkmıştır. Avrupa'ya yayılan kolera, tifo gibi salgın hastalıkların tedavisi ve kontrolünü sağlamak üzere küçük sağlık kuruluşları oluşturulmuştur<sup>1</sup>. Bu sağlık kuruluşları ekonomik, politik ve dinsel faaliyetlere göre çalışmalarını yürütmüşlerdir. Asya'dan Avrupa'ya yayılan kolera salgını sonucu Avrupa limanlarına dönen gemilerin kontrolü ve karantinası için ortak bir politika belirlemek amacıyla Paris'te ilk uluslararası sanitasyon konferansı toplanmıştır.<sup>2</sup> 1907 yılında Paris'te birçok Avrupa ülkesinin katılımıyla Uluslararası Sağlık Örgütü kurulmasına karar verilmiştir. Bu toplantıya Asya ülkelerinden de katılım gerçekleşmiştir. Benzer bir organizasyon da İsviçre Cenevre'de kurulmuştur. Bu sağlık organizasyonları politik dinsel ve ekonomik etkiler altında bağımsız olarak çalışmamışlardır.

Birleşmiş Milletler, İkinci Dünya Savaşı bittikten sonra sağlık sorunlarını da çalışmalarına dahil etmiştir. 1946 yılında New York'ta milletlerarası sağlık konferansını düzenleyerek Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün anayasasını oluşturacak taslak hazırlanmıştır.<sup>3</sup> Bu konferansta o güne kadar gelen tüm sağlık kurum ve organizasyonlar DSÖ çatısı içine alınmıştır. Salgın hastalıklarla mücadele, sağlık personelinin yetiştirilmesi, hizmetlerle ilgili standartlar geliştirmek bu kararlardan bazılarıdır.

### 3. DSÖ Yapısı ve Fonksiyonları İçerisinde Sağlık İnsangücü Aktiviteleri

DSÖ'nün kuruluşundan itibaren üye ülkelerin sağlık insangücü geliştirme çalışmalarına büyük önem vermiştir. Dünya Sağlık Örgütü, aynı zamanda üye ülkelerin her türlü sağlık planlamalarında ve hizmetlerinde gerekli olan rehberlik hizmetini vermektedir. 1948 yılından bu yana üye ülkelere her türlü sağlık planları için rehberlik hizmetleri vermektedir. Bu hizmetlerin içinde sağlık insangücü ile ilgili çalışmalar, eğitim, planlama yönetim büyük yer tutmuştur. 1977 yılında, DSÖ tarafından “2000 Yılında Herkes İçin Sağlık” hareketinin 36. hedefi sağlık insangücü planla-

<sup>1</sup> Sağlık Bakanlığı, Dünya Sağlık Örgütü ve Türkiye İle İlişkileri, Ankara 1997, s. 1

<sup>2</sup> Sağlık Bakanlığı, s. 1.

<sup>3</sup> Sağlık Bakanlığı, s. 7 vd.

ması ile ilgilidir.<sup>1</sup> Sağlık hizmeti sunumundaki olumsuzlukları en aza indirmek için planlamanın önemine vurgu yapılarak, buna ilişkin çalışmalara hız verilmesi ve DSÖ'den her türlü rehberlik ve yardımı üye ülkelere sağlayacağı ifade edilmiştir. Buna göre, 1990'dan önce, tüm üye ülkelerin sağlık personeli planlama, eğitim ve temel sağlık bakımı yaklaşımına ehemmiyet vermesi istenmiştir.<sup>2</sup> DSÖ sağlık insangücü planlama, sağlık insangücü geliştirme, eğitim ve ihtisas alanları, sağlık insangücü sistemleri, sağlık takımları oluşturma ve takibi, hemşirelik eğitimi ve ihtiyacı gibi sağlıkta birçok alanda çalışmalar yapılmasını ortaya koymuştur. Sağlıkta mevcut sorunların sistemden kaynaklandığını en önemlisi ise ulusal sağlık insangücü politikalarının olmamasıdır ve yetersizliğidir. Sağlıkta planlama, eğitim, üretim, yönetim gibi ana süreçler üzerinde yapılan çalışmalar sonuç vermeyecek ya da verimli olmayacaktır.

Sağlık sistemden kaynaklanan sorunlardan bir diğeri de her türlü sağlık çalışmalarının nicelik ve nitelik bakımından ölçme değerlendirme yapabilecek eğitim kuruluşlarının olmamasıdır. Hızlı Maruziyet Değerlendirme (HMD) süreçleri, geri bildirim eksikliği, sosyal güvenlik, eğitim ve hizmet arasındaki koordinasyon eksikliği, sağlık personeli eğitimi ve gelişiminin izlenmemesi, sağlık kuruluşlarında entegrasyon sorunları sağlık insangücü sistemini olumsuz etkilemektedir. Sağlık hizmeti sunumunda geleneksel sağlık personeli (hekim-hemşire) üzerinde durulması, diğer uzman kadroların göz ardı edilmesi planlamayı olumsuz etkilemektedir. Örneğin bir hastane yönetiminin röntgen veya laboratuvar hizmetlerini hemşireye yaptırması, alanında uzman kadroları oluşturamaması hizmet kalitesini olumsuz etkilemektedir.

Üretim süreci ilgili sorunların başında sağlık personeli yetiştiren eğitim kurumlarının gerekli alanlarda nicelik ve nitelik bakımından yetersiz oluşu, uzman eğitici kadroların azlığı, çalışan personelin re-oryantasyonu, akademik sağlık biliminin geleneksel personel tarafından anlaşılamaması ya da uygulanmaması, birinci basamak sağlık hizmetlerine gereken önemin verilmemesi ve bu konuda halkın bilinçsiz olması örneğin soğuk algınlığına yakalanan her hastanın 1. Basamaktaki sağlık ocağını bırakıp hastanelere gitmeleri, hastanelerdeki sağlık personelinin daha ciddi hastalıklara ayırması gereken zamanını ve çalışmasını olumsuz etkileyecektir. Sağlık

---

<sup>1</sup> Şantaş ve diğ., s. 49.

<sup>2</sup> E. Dikmetaş – N. İnan, “Sağlık İnsangücü Planlaması”, I. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi, Ankara, 2000, s. 113.

eğitimi ve sağlık bakım otoriteleri arasında ki koordinasyon ve bilgi farklılıkları, taşıradaki kötü çalışma koşulları, ücret farklılıkları ve iş güvenliğinin olmaması, sağlık yöneticilerinin işin ehli olmamaları bu sorunlardan bir kısmını oluşturmaktadır.<sup>1</sup> Zira yapılan iş ile ilgili olarak bilgi seviyesi alt düzeyde olan yönetici konumundakiler sağlık çalışanı üzerinde memnuniyetsizliğe neden olmaktadırlar.

#### **4. Sağlık İnsangücü Yönetimi Temel Sorunları**

Sağlık hizmetleri yönetiminin en önemli bileşenlerinden biri sağlık insan kaynakları yönetimidir. Ülkelerin sosyo ekonomik, kültürel durumlarına göre insan kaynakları yönetimi farklı sorunlar içermektedir. Bununla birlikte birçok ülkenin yaptığı değerlendirmeler sonucu ortaya çıkan ana sorunların en başında sağlık insangücü dağılımındaki eşitsizlikler gelmektedir.

Sağlık insangücü ihtiyacının belirsizliği, doğru planlamaların yapılmaması, sağlık personeli dağılımındaki olumsuzluklar; örneğin ülkemizin doğusu ile batısı arasındaki sağlık personelinin sayıca ve uzmanlık alanlarına göre farklılıklar taşımasıdır. Doğu bölgelerinde bir kamu hastanesinde hiç uzman doktor olmaması ve hastaların batıdaki hastanelere muayeneye gelmesi, batıda ise bir kamu hastanesinde sadece genel cerrahi servisinde 26 hekimin çalışmasıyla bu durum özetlenebilir. Sağlık personelinin sürekli eğitim ve denetiminin yapılmaması, mesleki gelişim ve terfilerin zamanında ya da hiç yapılmaması da yönetimin temel sorunlarındanr. Sağlık hizmeti sunarken uzmanlaşmış bilgi ve beceriye sahip, personel yerine kurum dışından işi sıfırdan öğrenecek ve de uzmanlaşması yıllar alacak birinin yöneticilik kadrolarına atanması sağlık hizmet sunumunun işleyişini olumsuz etkilemektedir.

Sağlık insangücünün temel sorunlarından biri de plansız üretilimdir. Sağlık eğitim sürecinde bilimsel eğitim ve standartlar yerine alışıl gelmiş eğitim uygulamaları tıbbi, hemşirelik ve diğer eğitim politikalarında yüksek oranlarda sapmalara yol açıp, ölçme ve değerlendirmeyi de olumsuz etkileyecektir. Sağlık işgücünde bazı ülkelerde ihtiyaçtan fazla personel yetiştirilmesi işsizliğe yol açmakta ve yetişen sağlık personelinin başka alanlara, özel sektöre gitmesine yol açmıştır. Örneğin ülke-

---

<sup>1</sup> Ö. Bozkurt – İ. Bozkurt, İş Tatminini Etkileyen İşletme İçi Faktörlerin Eğitim Sektörü Açısından Değerlendirilmesine Yönelik Bir Alan Araştırması, Doğuş Üniversitesi Dergisi, C. 9, S. 1, İstanbul, 2008, s. 4.

mizde sağlık politikaları sonucu şehirlerin yanı sıra birçok ilçeye de özel ve kamuya ait sağlık meslek liseleri açılmış ve buralardan mezun olan hemşirelerin ve diğer sağlık personelinin yıllarca atanmak için bekledikleri ya da başka işlerde çalıştıkları bilinmektedir. Bu olumsuzluklar yetişmiş sağlık personelinin başka ülkelere göç etmesine neden olmaktadır. Sağlık insangücünün etkili kullanılmaması, personel dağılımındaki dengesizlikler, organizasyon hataları, politikacıların müdahaleleri; örnek olarak bir başhekimin politikacıların çalışanlara dair yer değişikliği taleplerini değerlendirmekten hastane ile ilgilenmeye vakit bulamıyorum sözleri dikkat çekici olmakla birlikte hizmet sunumunu olumsuz etkilemektedir.

Ülkemizde sağlık çalışanı verimlilik ve iş doyumunu yetersizdir. Sağlık yöneticilerinin işin ehli olmaması tayin ve atamalarda, personel dağılımında yüksek nitelikli çalışanların pasif, nitelik gerektirmeyen yerlerde çalıştırılması da düşük motivasyona neden olmaktadır. Örneğin Ankara da bir kamu hastanesinin ameliyathanesinde çalışan bir hemşirenin, Antalya ya geldiğinde köy sağlık ocağına tayininin yapılması gerçekleşen bir durumdur. Bu tarz örneklere rastlamak hala mümkündür. Ayrıca yönetimdeki görev sınırlarının belirsizliği, personel arası çatışmalar, üst yönetimden gelen çelişkili talimatlar da yöneticilerde düşük motivasyon ve düşük verimliliğe neden olmaktadır. Ayrıca sağlık kurumlarının idaresi şimdiye kadar hekim üzerinden yürümüş buna karşılık kurumun idare edilmesi için özel eğitimli yönetici düşünülmemiştir.

Kamu sağlık hizmetleri çeşitliliğinin artmasıyla birlikte sağlık hizmetleri maliyetleri de artmıştır. Bu maliyetleri sağlık politikaları desteklemekte yetersiz kalmış, daha önce ücretsiz verilen kamu sağlık hizmetlerinden kısmen de olsa ücret kesilmeye başlanmıştır. Kentlerde sağlık hizmeti sunumu ağırlıklı olarak tedavi hizmetlerine dönüşmüştür. Bu durumda yüksek miktarda laboratuvar ve diğer hizmet gereksinimlerinin işlem hacimleri artmıştır. Ayrıca özel sağlık kurumlarının daha iyi bakım olanakları sunması sağlık hizmetine ihtiyaç duyanların özel sektöre gitmesine neden olmaktadır. Maddi olanakları iyi olanların özel sektörü tercih etmesi buna paralel sağlık işlem hacminin artışı sağlık finansmanını da zorlamaktadır. Sosyal Güvenlik Kurumu artan maliyetleri karşılamak için yeni politikalar üretmek durumunda kalmıştır.

## **5. Türkiye Sağlık Politikaları ve Sağlık İnsangücü Gelişimi Açısından Sağlık Politikalarının Gözden Geçirilmesi**

Ülkemizdeki sağlık insangücü planlaması ile ilgili çalışmalar Refik Saydam döneminde başlamıştır.<sup>1</sup> Bu dönemde daha ziyade sağlık personeli sayısını artırmaya dönük çalışmalar yapılmıştır. Takip eden yıllarda, 1955 yılı ve sonrası on yıllık dönem için hazırlanan Milli Sağlık Programı Etüdü'nde sağlık insangücü planlamasına ayrı bir önem verilmiştir. Bu programın en belirgin özelliği her bölge için yeter ve gerekli sayıda sağlık çalışanının yerinde yetiştirilmesidir. Bunun için her bölgede okulların açılması ve açılanların geliştirilmesi hususunda kararlar alınmıştır.<sup>2</sup> Ancak 1955 yılında benimsenen Milli Sağlık Programı kararlarından 5 yıl sonra ilan edilen Beş Yıllık Ulusal Kalkınma Planları çerçevesinde sağlık insangücünün geliştirilmesinde farklı uygulamalara gidilmiştir.<sup>3</sup> On yıllık Milli Sağlık Programı'nın ardından 1965 ve 1974 yılları arasında, yoğunluk katsayıları yöntemi, uluslararası karşılaştırma ve korelasyon analizi gibi bir dizi farklı yöntemler uygulanmaya konulmuştur.<sup>4</sup> Takip eden dönemlerde sosyalizasyon uygulaması hedeflerine uygun olarak bir dizi yöntem uygulamaya konulmuştur. Diğer yandan tüm bu planlarda, sağlık hizmetine özellikle insangücüne yönelik alınan kararlar ve hedefler planlamadan çok politika belirleme niteliğinde olmuştur.<sup>5</sup> Bu uygulamada birimlerin insangücü standartları, sosyal, yasal standartlar, yoğunluk katsayıları yöntemi, sağlık kurumlarının yatak kapasiteleri ile hâlihazırdaki insangücü fazlalık ve eksikliğini belirlemek esas alınmıştır.

## **6. 1990 Sonrası Sağlık Projeleri**

### **6.1. Birinci Sağlık Projesi**

Türkiye'de, Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası'ndan kredi alınarak yürütülen ilk proje, Birinci Sağlık Projesi'dir. Birinci Sağlık Projesi, Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti ve Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası arasında 3057-TU no ile 16 Ağustos 1990 tarihinde ikraz (borç) anlaşması olarak imzalanmıştır. Bu ikraz anlaş-

---

<sup>1</sup> Şantaş ve diğ., s. 50.

<sup>2</sup> Şantaş ve diğ., s. 50; Türkay ve diğ., s. 4.

<sup>3</sup> Dikmetaş ve İnan, s. 114.

<sup>4</sup> Türkay ve diğ., s. 4.

<sup>5</sup> Türkay ve diğ., s. 4.

ması 17 Ekim 1990 tarih ve 20658 sayılı Resmi Gazetede yayınlanarak uygulama dönemine girmiştir. Bu anlaşmanın amacı, proje bölgesinde temel sağlık hizmetlerine kolay ulaşılabilirliği artırmayı, sağlık sektörü yönetiminde etkinliği ve sunumunu artıracak önlemler almayı içermektedir. Bu kapsamda alınan borç para ile sağlık evi, köy sağlık ocağı, şehir sağlık ocağı, ilçe ve il hastaneleri ile Sağlık Meslek Liseleri ve eğitim merkezlerinin geliştirilmesi ile Halk Sağlığı laboratuvarları, araç tamirhaneleri ve eğitim merkezlerinin inşası yapılacağı karara bağlanmıştır. Anlaşmada sağlık sektörünün emek gücünü oluşturan insanın daha donanımlı ve eğitilmiş olması amacıyla ebe, hemşire ve sağlık memurlarının eğitim müfredatları revize edileceği belirtilmiştir. Sağlık Meslek Liseleri için kitap referans materyal ve basım haklarının tedarik edilmesi, çeşitli yayınların tercüme edilerek basılması ayrıca insangücü geliştirme programı uygulanması yapılacağı taahhüt edilmiştir. Projede belirtilenlerin 30 Haziran 1997’de tamamlanması hedeflenmiştir.

## **6.2. İkinci Sağlık Projesi**

İkinci Sağlık Projesinin Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti ve DB arasında 28 Eylül 1994 tarihinde imzalanan 3802-TU nolu ikraz anlaşması 22 Aralık 1994 tarih ve 22149 sayılı Resmi Gazetede yayınlanarak uygulama dönemine girmiştir. Bu projeye, proje dahilindeki illerde temel sağlık hizmetlerini ve yönetimini iyileştirme ve de geliştirme hedeflenmiştir. 1990 yılındaki borçlanmadan 4 yıl sonra yeni bir ikraz anlaşması ile alınan ve sağlık hizmeti sunumunu kapsayan ikinci borç para ile yapılacak olanlar ilkinden farklı değildir. Bu ikraz anlaşmasının gayesi sağlık personelinin hizmet içi eğitiminin iyileştirilmesi ve yaygınlaştırılması yoluyla temel sağlık hizmetlerinin kalitesini artırma ile sağlık tesislerinin iyileştirilmesine dönüktür. Anlaşmada sağlık hizmeti sunumunda belirlenen hedeflere 30 Haziran 2001’de ulaşılacağı hedeflenmiştir.

## **6.3. Sağlıkta Dönüşüm Projesi (SDP)**

Sağlık Bakanlığı 2003 yılının Aralık ayında “Sağlıkta Dönüşüm” adlı yayınladığı dergide, derginin başlığından da anlaşılacağı üzere sağlıkta bir dizi değişiklik yapılacağının haberini vermiştir.<sup>1</sup> Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın amacı, sağlıkta

---

<sup>1</sup> Sağlık Bakanlığı (SB), Sağlıkta Dönüşüm, Ankara, 2003, s. 14.

bugüne kadar çözülmemiş mevcut sorunların tespit edilmesi, bu sorunların çözümüne yönelik yeni yöntemleri kullanarak çözmektir. Sağlıkta dönüşüm tam olarak 2003 yılının ikinci yarısında Sağlık ve Çalışma Bakanlığı arasında imzalanan bir protokolle Devlet Hastaneleri, Sigorta Hastaneleri ve Kurum Hastaneleri tek çatı altında birleştirilmesiyle başlamıştır. Bu birleşmedeki amaçla vatandaşların istedikleri hastaneden eşit hizmet alması olanaklı hale getirilmesi hedeflenmiştir. Başbakan Recep Tayyip Erdoğan gelecek yıllarda sağlıkta yapılacak yenilikleri Sağlıkta Dönüşüm adlı dergide 1. Basamak Sağlık Hizmetleri'nin Aile Hekimliği'ne dönüştürülmesi ve hastanelerin idari ve mali özerkliğe kavuşturulması olarak dergide yer bulmuştur.

5258 sayılı kanunla Aile Hekimliği uygulamasının yasal zemini oluşturulmuştur.<sup>1</sup> Aile Hekimliği uygulamasına 2005 yılının Eylül ayında başlanmıştır. Düzce pilot bölge seçilerek, kademeli olarak yayılan Aile Hekimliği uygulaması 2010 yılının başında tüm Türkiye'de uygulanmaya başlanmıştır. Bu tarihten sonra Sağlık Ocağı sistemi tamamen kaldırılmış yerine Aile Sağlığı merkezleri kurulmuştur.<sup>2</sup> Sağlık ocaklarında çalışan personel talepleri doğrultusunda hastanelerde görevlendirilmişlerdir. Hastanelerde görev tanımı yapılmayan çevre sağlığı teknisyenleri ve diğer idari personel ilçelere sağlık grup başkanlıklarına, doktor, hemşire, ebe, sağlık memuru gibi hastanelerde çalışmayı kabul etmeyen sağlık personelleri de Toplum Sağlığı Merkezlerinde ve il ve ilçe sağlık müdürlüklerinde görev verilmiştir.

Kasım 2011'de 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname Sağlık Bakanlığı'nın taşra teşkilat yapısında köklü değişikliklere neden olmuştur. Kararnameyle birlikte mevcut olan İl Sağlık Müdürlükleri varlığını korurken bu müdürlüğün faaliyet kolları kurumsallaşarak İl Sağlık Müdürlüğü gibi Sağlık Bakanlığı'na bağlanmıştır. Bunlar Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü ve Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu olarak sağlık müdürlüklerinden ayrılmıştır.

---

<sup>1</sup> 09.12.2004 tarih ve 25665 sayılı Resmi Gazete, 5258 Sayılı "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun".

<sup>2</sup> 5258 Sayılı "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun".

**İl Sağlık Müdürlüğü:** Acil sağlık hizmetlerini yürütmekle görevlendirilmiş-tir. İl Sağlık Müdürlüğü bu görevi, daha önce ilçelerde Sağlık Grup Başkanlığı adıyla faaliyet gösteren yeni örgütlenme şemasında İlçe Sağlık Müdürlüğü adını alan bağlı kuruluşla yürütür. İl sağlık müdürlükleri sorumluluk alanına giren hizmetlerin sürekliliğini sağlamak amacıyla özel ve kamuya ait sağlık kurumları üzerinde sorumlu ve yetkilidir.<sup>1</sup> Sağlık müdürlüğü aile hekimliği hizmetleri ile tüm birinci basamak sağlık hizmetlerini denetlemekle yükümlüdür. Tüm özel ve kamu sağlık kuruluşlarına cezai yaptırım uygulamak ve bakanlık politikalarının sağlık kuruluşlarında benimsenmesini sağlamaktır.

**Türkiye Halk Sağlığı Kurumu:** İllerde kurulan bu kurumun ilçelerdeki bağlı kuruluşu Toplum Sağlığı Merkezi'dir. Kurumun genel görev tanımı halk sağlığıdır.<sup>2</sup> Kurumun temel amacı halk sağlığını korumak, iyileştirmek, eğitmek ve risk oluşturan faktörlerle mücadele etmektir. Halk sağlığı kurumu halkın yaşam kalitesini yükselterek, sağlıklı bir toplum oluşturmak hatalı beslenme, obezite, kanser, diyabet gibi sağlığı tehdit eden hastalıklarla mücadele etmektir. Bu hastalık ve hastalarla ilgili veri toplamak izlemek araştırmak halkı eğitmek temel görevleri arasında yer alır. Halk Sağlığı Kurumu 1. Basamak sağlık hizmetlerini de yürütür. Bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıklarla ilgili bağışıklama çalışmalarını sürdürür. Anne, çocuk, genç, yaşlı bireylerdeki sağlık sorunlarını, tedavisini ve hastalıklardan korunma yollarını halka anlatır. Örneğin ülkemizde yıllar sonra yeniden görülen kızamık vakaları için yeniden aşılama ve okullarda eğitime başlanmıştır. Kurum halk sağlığıyla ilgili Sağlık Bakanlığı politika ve hedeflerine uygun planlar ve programlar oluşturur ve Bakanlığa teklifte bulunur. Verilecek hizmetin kalitesi ve hizmet sunumunun değerlendirilmesini sağlar. Halk Sağlığı Kurumu çevre sağlığını tehdit eden her riski değerlendirir, kontrol eder ve önlemler alır. Halk sağlığı bünyesinde bulunan laboratuvar hizmetleri ile denetim ve cezai işlemleri de yürütür. İçme suları, havuz ve denizlerin, dere ve akarsuların halk sağlığını tehdit eden riskleri taşımaması için gerekli tedbirleri alır. Biyolojik kimyasal ürün hazırlayan, satan kurum ve kuruluşları denetlemek bu ürünleri gerektiğinde üretmek veya teminini sağlamaktır. Halk Sağlığı Kurumu meslek personelinin eğitilmesi ve geliştirilmesi diğer kurumlarla işbirliği ve

<sup>1</sup> İl Sağlık Müdürlüğü görev ve sorumlulukları için bkz. 2 Kasım 2011 tarih ve 28103 sayılı Resmî Gazete (mükerrer), 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname (KHK), Madde 25.

<sup>2</sup> Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun görev ve sorumlulukları için bkz. 663 sayılı KHK, Madde 26.

eğitim programları dzenler. Grev ve sorumluluk yetkilerine ilişkin hizmet standartizasyonunu sağlar. Eğitim ve yayın faaliyetlerinde bulunarak halkı bilgilendirir. Orneğin okullarda hijyen, kronik hastalıklar, bulaşıcı hastalıklar, aşı, diş sağlığı gibi bir çok alanda eğitim seminerleri dzenlemektir. Halk Sağlığı Kurumu milli ve milletlerarası kamu ya da özel sağlık kuruluşlarıyla işbirliği içine girerek ulusal sağlık hizmetleri kalitesini yükseltmeyi amaçlar. Ayrıca bu kurumlarda çalışan personelin atamalarını, nakillerini, tayinlerini, özlük haklarını ve emeklilik işlerini dzenler. Buna ek olarak kurumun ihtiyaç duyduğu her türlü bakım, onarım ve teknik işleri, satın alma, kiralama ile ilgili tüm idari işleri yürütmekle mükelleftir.

**Türkiye İlaç ve Tıbbî Cihaz Kurumu:** Yeni oluşturulan bu kurumun sorumluluk alanı ismiyle tam bir uyumluluk gösterir. Bu kurumun sorumluluk alanına tıbbi ilaçlar ve bu alanda kullanılan tıbbi cihazlar girer. İlaçların üretiminde kullanılan etken maddeler, milli ve milletlerarası kontrole tabi ilaçlar bu kurum tarafından denetlenir. Eczanelerin periyodik kontrolleri ile tıbbî cihazların, bitkisel ürünlerin, kozmetik sanayide kullanılan ürünlerin ve de hususi niyetle üretilen diyet gıdaların kontrollü üretilmesi yine bu kurumun sorumluluğunda gerçekleşir.<sup>1</sup> Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu piyasaya giren tüm ilaç, tıbbi ürünler, bitkisel, kozmetik ürünlerin, tıbbi cihazların ruhsatlandırılmasını, denetlenmesini sağlamakla görevlidir. İlaç, bitkisel, kozmetik ürünlerin laboratuvar analizlerini yapar ve yaptırır. Bu ürünlerin üretimini, depolanmasını, ithalat ve ihracatını, satışını sağlamak için gerekli standartlarını oluşturur ve uygular. Bu ürünlerin doğru şekilde satışı için kamu, özel ve tüzel kişilere izin vermek, kontrol etmek ve gerektiğinde uygun koşulları sağlamayanlara yaptırım uygulamaktır. İlaç, tıbbi cihaz, kozmetik ve diğer tıbbi ürünlerin reklam, tanıtım usul ve esaslarını belirler ve denetler. Bu ürünlerle ilgili halkı doğru bilgilendirme ve zararlı etkilerinden dolayı imha ve toplama işlemlerini yerine getirir. Türk İlaç Farmakopesini hazırlayarak hayati risk taşıyan hastalıklarda kullanılan ilaçların tıbbi cihaz ve ürünlerin teminini sağlar. Zira bu ürünlerin temininde yaşanacak geikme nedeniyle hastaların tedavilerin yarım kalmasına ya da hastaların ölmesine sebebiyet verebilir. Kurumun diğer bir görevi de eczanelerde satışa sunulan ilaçların fiyatlarında bir standartizasyonu sağlamaktır. Ürünleri satan ve kullananlar arasında oluşabilecek anlaşmazlıkları çözecek usulleri belirler. Kurum kendi personellerinin

---

<sup>1</sup> Bu kurumun grev ve sorumlulukları için bkz. 663 sayılı KHK, Madde 27.

uluslararası akreditasyonunu sağlar. Kamu kurum ve kuruluşları üniversiteler, özel kuruluşlarla arasında işbirliği yaparak, bilimsel ve teknik hizmet alır. Görev ve yetki alanına giren hizmetlerde kaliteyi artırmak için gerekli politikaları üretip, düzenlemeler yapılması için Sağlık Bakanlığına teklifte bulunur. Kuruma hizmet eden personelinin atama, nakil ile her türlü idari mali ve özlük işlerini yürütür. Kuruma gerekli olan olan idari ve mali hizmetler ile kurum hizmetinin sürekliliğini sağlayacak bakım-onarım ve satın alma faaliyetlerini yürütmekle yükümlüdür.

**Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü:** Kurum, sınırlardaki, sahillerdeki ve boğazlardaki sağlık hizmeti ile ilgili işleri milletlerarası hükümler çerçevesinde sağlık hizmeti sunmakla görevlendirilmiştir.<sup>1</sup> Kurum sorumlu olduğu görevlerini, sağlık denetleme merkezleriyle ifa eder. Sınır ve sahillerden ülkemize girebilecek hastalıkların ülkemize girmesini önlemekle, bu alan içerisinde denetim yapmak ve tedbir almakla görevlidir. Halk sağlığını riske sokacak etkenlere karşı mücadele etmek, kontrol standartlarını belirlemek ve uygulamaktır.

Uluslararası giriş noktaları olan hudutlarda, havaalanlarında, denizlerde, hac, göç, mülteci gibi nüfus hareketlerini kontrol altında tutmak, riskli cenazelerin yurda giriş çıkışını denetlemektir. Sınırlarımıza yakın yerlerde meydana gelen Çernobil kazası, Irak'ta kimyasal gaz kullanımı, Suriye savaşı gibi halk sağlığını tehdit eden olaylara karşı önlemleri artırır. Türkiye Hudutlar ve Sahiller Genel Müdürlüğü verdiği hizmetlere ilişkin sağlık gelirlerini, para cezalarını belirler ve tahsil eder.

Kurum hudutlardan geçen görevli kişilerin sağlık raporlarını düzenler. Uluslararası sularda seyreden tüm gemilere sağlık bakım ve yardımı sunar. Bu gemilerin güvenli geçiş ve denetiminden sorumludur. Çalışan personelinin emeklilik, idari, mali ve özlük işlerinin takibini yapmakla görevlidir.

**Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu:** Kurum Sağlık Bakanlığı'na bağlı 2. ve 3. basamak kamu ve özel hastanelerinin açılması, bu kurumların işleyişlerinin izlenmesi ve denetlenmesiyle ilgili işleri yapar. Hastanelerde teşhis, tedavi ve her türlü koruyucu sağlık hizmetlerinin aksamadan ve ahenk içinde verilmesiyle yüküm-

---

<sup>1</sup> Bu kurumun görev ve sorumlulukları için bkz. 663 sayılı KHK, Madde 28.

lüdür.<sup>1</sup> Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, bu kurumun yönetimi altında bulunan ağız ve diş sağlığı merkezlerini, hastaneleri ve buna benzer sağlık hizmeti kuruluşlarını kurup, işletip, ihtiyaç halinde bu kurumları birleştirmek, nakletmek, ayırmak veya kapatmakla görevlendirilmiştir. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu kendisine bağlı olarak faaliyet gösteren kuruluşlarda sağlık hizmetlerinin aksaklığa meydan vermeden yürütülmesini sağlar. Bu kurumların çalışma sistemini takip eder, denetler ve sonunda değerlendirir. Örnek uygulamaları yaygınlaştırır ve Sağlık Bakanlığı'na bu örnek uygulamaların yaygınlaştırılmasıyla ilgili öneri-teklif sunar düzenleme yaparak Bakanlığa teklifte bulunur. Hastanelerin performans değerlendirmesini yapar ve hastaneler hakkında rapor hazırlar. Kuruma bağlı hastane ve ağız diş sağlığı merkezlerinde çalışanların ve hastaların haklarını korur ve bu konuda iyileştirmeye gider. Kurumun sorumluluk alanına giren meselelerde milli ve milletlerarası kuruluşlarla teknik ve bilimsel hususlarda birlikte çalışma yapılmasını sağlar. Hastanelerin yapacakları ve yürütecekleri işlerle ilgili olarak gerekli komisyonların kurulmasını sağlar. Kuruma bağlı olarak çalışan personelin atamalarını, nakillerini, tayinlerini, özlük haklarını ve emeklilik işlerini düzenler. Kendisine bağlı hastanelerin ihtiyaç duyduğu her türlü bakım, onarım ve teknik işleri, satın alma ve kiralama ile ilgili tüm idari işleri yürütmekle mükelleftir.

663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Kamu Hastaneleri Kurumu birlik hastanelerinin gruplandırılmasını ve denetimini yapmakla mükelleftir.<sup>2</sup> Kurum, hastaneleri medikal ve finansal değerler ile hastanelerin hastaya ve çalışanına sunduğu kalite ve diğer başkaca kriterler çerçevesinde 6 aylık ya da 1 yıllık aralıklarla değerlendirir. Değerlendirmeyi kamu kuruluşu yapabileceği gibi özel kuruluşlar da yapabilir. Yapılan değerlendirme sonucunda hastaneler beş gruba ayrılır. Bu değerlendirme hizmet sunumu açısından en iyi olan A sınıfı ile buradan aşağıya doğru sıralanan B, C, D ve E sınıfı şeklinde yapılır.

59. hükümetin Sağlıkta Dönüşüm programı ile uygulamaya koyduğu temel hedef esasında örgütlenme, finans ve sağlık hizmeti sunumudur. Her kurumu farklı iş kollarına göre bir araya getirip birleştirme sağlığın küçülerek örgütlenmesini oluş-

<sup>1</sup> Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'nun görev ve sorumlulukları için bkz. 663 sayılı KHK, Madde 29.

<sup>2</sup> Birlik hastanelerinin kurum tarafından gruplandırılması ve periyodik denetimi için bkz. 663 sayılı KHK, Madde 34.

turmaktadır. Sistemin finans ayağı ise daha önce farklı iş kollarında çalışanların bağlı olduğu sigorta kurumlarının tek çatı altında toplanmasıyla sağlanmıştır. 1971 tarihli 1479 sayılı kanunla kurulan Bağ-Kur, 1950 senesinde uygulanmaya konulan ve 5434 sayılı kanunla uygulanmaya konulan Emekli Sandığı, 1945 tarihinde 4772 sayılı kanunla kurulan Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) tek çatı altında birleştirilmiştir. Bu çatı 2006 tarihinde uygulamaya konulan 5502 sayılı kanunla kurulan Sosyal Güvenlik Kurumu'dur (SGK).

Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) adı altında 2003 yılında uygulamaya konulan projenin üçayak üzerine inşa edildiği anlaşılmaktadır. İlk ayağı, finansmanla sağlık hizmet sunumu birbirinden ayrılmıştır. Böylece Emekli Sandığı, SSK ve Bağ-Kur, Genel Sağlık Sigortası adı altında birleştirilmiştir. İkinci ayağı 1. basamak sağlık hizmetlerinin sunulduğu Sağlık Ocakları sisteminin kaldırılıp yerine Aile Hekimliği uygulamasına geçilmesidir. Programın üçüncü ayağı; Sağlık Bakanlığı'nın taşra teşkilatı yeniden yapılandırılarak, tüm hastanelerin tek çatı altında toplanmasıdır. Sağlık Bakanlığı'nın büründüğü bu yeni şekille Bakanlık sağlık hizmeti üretiminden çok koordinatör formuna dönüşmüştür.<sup>1</sup> Sağlıkta yapılan bu köklü değişiklikler sonrası vatandaşların sağlık hizmetinden faydalanabilmesinin koşulu da (acil hizmet hariç) kuruma (SGK) düzenli pirim ödemeye bağlanmıştır. Diğer yandan sağlık hizmeti için pirim ödeyen vatandaş sağlık hizmetini aldığı da katkı payı ödemek zorunda bırakılmıştır. 2006 tarihinde yürürlüğe giren 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nda 2012 senesinde 28219 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak uygulamaya konulan Sağlık Uygulama Tebliği ile vatandaşların sağlık kurumuna başvurdıkları hallerde ödemek zorunda oldukları katılım paylarında değişiklikler yapılmıştır. Buna göre 1. Basamak sağlık kurumlarına yapılan başvurulardan muayene ücreti alınmamaktadır. Fakat hekim tarafından bir hastaya yazılan reçete olursa reçete de ister 1, isterse de 3 ilaç yazılsın 3 Lira fakat bundan sonraki her bir ilaç için 1 Lira olmak üzere toplamda reçetede yazılı 5 ilaç için 5 Lira muayene ücreti ödenmesi zorunlu hale getirilmiştir. 2. ve 3. Basamak sağlık kuruluşlarına yapılan müracaatlarda ise muayene ücreti 5 Lira olarak belirlenmiştir. Lakin müracaat eden hastaya reçete yazılır ise reçete de ister 1, isterse de 3 ilaç olsun 3 Lira fakat bundan

---

<sup>1</sup> A. Türkan, "Kamu Hastane Birlikleri Hakkında Kanun Tasarısı ve Hakkaniyet" Türkiye Halk Sağlığı Dergisi, 2011, C. 9, S. 1, Ankara, s. 58.

sonraki her bir ilaç için 1 Lira olmak üzere toplamda reçetede yazılı 5 ilaç için muayene ücretiyle birlikte 10 Lira ödenmesi zorunlu hale getirilmiştir. Özel hastanelerde yapılacak muayenelerde ise 13 Lira muayene ücreti alınmaktadır. Şayet müracaat eden hastaya reçete yazılırsa yukarıda bahsedildiği şekliyle reçete de ister 1, isterse de 3 ilaç olsun 3 Lira, ama bundan sonraki her bir ilaç için 1 Lira olmak üzere toplamda reçetede yazılı 5 ilaç için muayene ücretiyle birlikte 18 Lira ödenmesi zorunlu hale getirilmiştir.

Ayrıca tebliğde, artırılarak katılım payı alınacak durumlar da belirtilmiştir. Şöyle ki: 1. Basamak sağlık kurumlarına acil ve kronik rahatsızlıklar dışında şayet 10 gün içinde başka bir sağlık kurumuna aynı branşta başvuru yapılacak olursa muayene ücreti 5 lira artırılmıştır. Dolayısıyla Genel Sağlık Sigortası uygulamasıyla, 1. Ve 2. Basamak sağlık kurumları özleştirilmiştir. Sağlık Bakanlığı ve sağlık kurumlarının örgütlenme şeması dönüştürülmüştür. İstihdam ve parasal düzenlemelerle sağlık hizmetlerinin metalaştırılması yoluna gidilmiştir.<sup>1</sup> Böylece 1. ve 2. Basamak sağlık hizmetleri, sağlıkta dönüşüm programı altında paralı hale gelmiştir.

2011 tarihli ve 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık Bakanlığı daha önce taşrada bir müdürlükle temsil edilirken şimdi beş müdürlükle temsil edilmeye başlanmıştır. Bunlardan sağlık politikasını ve bu hizmetten yararlanan halkı en çok ilgilendiren kurumu şüphesiz illerde Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'nun oluşturulmasıdır. Bu kurumla birlikte illerdeki tüm kamu hastaneleri bir kurumun çatısı altında toplanmıştır.

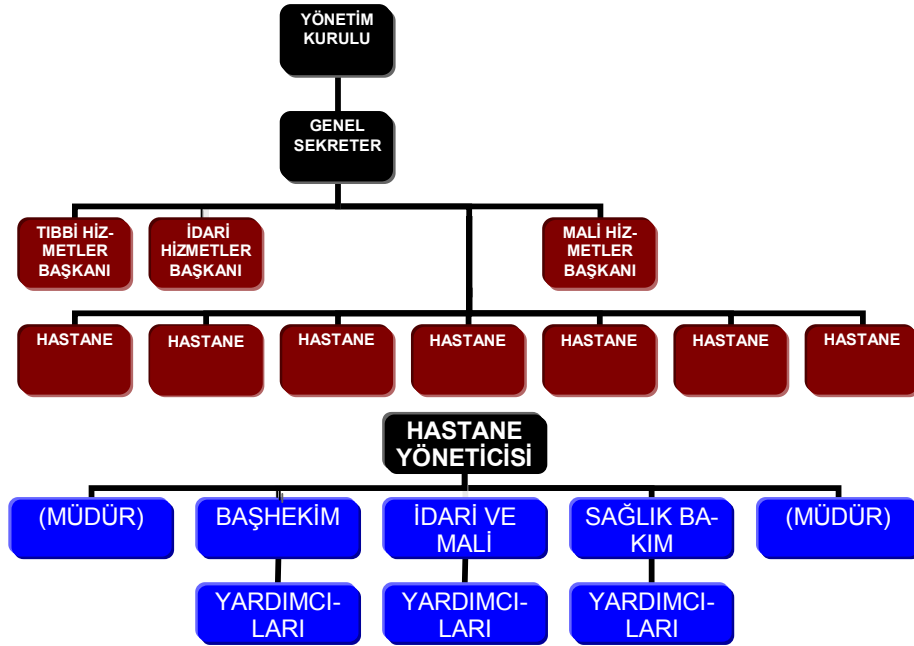
663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnameyle devlete bağlı olarak faaliyet gösteren hastaneler de özel bir işletmenin yönetim formuna dönüştürülmüştür (Bkz. Şekil 1). Bu yeni yönetim biçiminde tüm kamu hastaneleri Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'na bağlanmıştır. Bu kurumun başında bir genel sekreter bulunmaktadır. İllerdeki tüm hastaneler de bu kurumun şemsiyesi altına girmiştir. Bilindiği üzere daha önceleri hastaneleri başhekim yönetmekteydi. Bu yeni şemada ise hastaneler hastane yöneticisi adı verilen bir yöneticiyle yönetilmeye başlanmıştır. Başhekim ise hastane yöneticisinin altında konumlandırılmıştır. Genel sekreter de dahil genel sekreter'in

---

<sup>1</sup> Ç. Ünlütürk Ulutaş, Türkiye'de Sağlık Hizmeti Üretiminin Dönüşümü, Ankara Üniversitesi (AÜ), Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi (YDT), 2011, s. 4.

görev verdiği tüm personel sözleşmelidir ve yetersiz oldukları değerlendirme sonucu tespit edilirse iş akitlerine son verilecektir.<sup>1</sup> Böyle bir yapılanma özel bir şirket yapılanması ve yönetim anlayışıyla uyumaktadır.

**Şekil 1. Kamu Hastane Kurumu’nun Yönetim Şeması**



**Kaynak:** Sağlık Der, Kamu Hastaneleri Birlikleri Kanun Tasarısı, Ankara, 2010, s.2.

Hastaneler, sundukları hizmetin alt yapısına, kalitesine, verimliliklerine, hastaların bu hizmetten aldıkları memnuniyet derecesi gibi konularda Bakanlığın belirlenmesiyle, A, B, C, D ve E olacak şekilde sınıflara ayrılacaktır.<sup>2</sup> Bu sınıflama ile hizmet altyapısı, organizasyonu, kalitesi ve verimliliği daha fazla olan ve halkın daha fazla memnun olduğu hastaneler üst sınıfta yer alacaktır. Hastanelerin sınıflanması doğal olarak çalışanların ve halkın sınıflanmasını da beraberinde getirecektir. A sınıfı hastane doktoru, B sınıfı hastane hemşiresi gibi, kişilerin eğitimleri ile kazandıkları meslekleri, sosyo-kültürel yapıları dışında belirlenmeye, sınıflanmaya maruz kalacaktır. Uygulama ile üst sınıftaki karlı birlik çalışanlarının kazancı daha fazla olacak, aynı işi yapan aynı meslek sahipleri arasında ekonomik farklılıklar da derinleşecektir. Dolayısıyla beş (5) sınıfa ayrılmış hastaneler ile “eşit işe eşit ücret” ilkesinin sağla-

<sup>1</sup> Türk Tabipleri Birliği (TTB), T.C. Sağlık Bakanlığı’ndan “Sağlık Holding’e”, Devlet Hastaneleri’nden “Şirket Hastaneleri’ne”, Ankara, 2011, s. 6.

<sup>2</sup> Hastanelerin sınıflandırılması için bkz. 663 sayılı KHK, Madde 34.

ması pek mümkün gözükmemektedir. Sınıfı yüksek olan hastanelerde daha fazla katılım payı alınacak olması toplumdaki ekonomik farklılıkları ayrıştıracak, sınıfsal farklılığı belirginleştirecektir.<sup>1</sup> Ayrıca yasaya göre her hastane kendi gelirini kendisi sağlayacaktır.<sup>2</sup> İşletmeye dönüştürülen hastaneler bu durumda kar-zarar çitasıyla yönetilmek zorundadır. Böyle bir durumda hastaneler gelirlerini arttırabilmek için yeni tıbbi cihazlarla hastaları buraya çekmek ya da gelen hastalara gereksiz tetkik ve işlemlerle kazanç elde etme yoluna gidebilir. Bu durum vatandaşın sağlığı için daha fazla para harcamasına buna ek olarak SGK'nın sağlık harcamasının artmasına neden olacaktır. Nitekim 12 Temmuz 2013 tarihinde ulusal basın ve yayın organlarında çıkan haberlerde SGK tarafından yayımlanan zeyilname ile özel sağlık kurumlarından hizmet satın alım sözleşmesinde bulunan "Tekrar kullanılmaması gereken tıbbi malzemelerin, tekrar kullanımı halinde bedelleri ödenmez ve her bir kullanım için 10 bin TL cezai şart uygulanır" hükmü metinden çıkarılmıştır. Böylece hastanelerde bu malzemelerin tekrar tekrar kullanılmasının yolu açılmıştır. Tek kullanımlık malzemenin ikinci kez kullanılmasının tehlikeli sonuçları 2011 yılında İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde meydana gelmiştir.<sup>3</sup> Bu hastanede katarakt ameliyatı olan 8 hasta gözlerini kaybetmiştir. Olayla ilgili raporda, hastalarda tubing setinin ve fako cihazı elciğinin (handpiece) ortak kullanıldığına işaret edilmiştir. Tek kullanımlık cihazların birden fazla kullanılmasındaki hayati tehlikeler test edilmiş olmasına rağmen SGK'nın bu bilimsel yoldan sapmasının nedeni artan sağlık harcamalarında kısıntıya gitmesiyle açıklanabilir. Diğer yandan tüm vatandaşların her koşulda sağlık hizmeti alma hakkı vardır. Bu nedenle ülkemizdeki bütün sağlık kurumlarının vatandaşa en iyi sağlık hizmetini vermekle yükümlü olduğu gerçeğinden hareketle sağlık hizmetlerini finanse eden SGK'nın önce insan tarafından vazgeçmemesi önem arz etmektedir.

### **6.3.1. Sağlık Alanında Çalışanların Geliştirilmesi ve Yetkilendirilmesi**

Sağlıkta Dönüşüm Projesinde sağlık insangücü planlaması yapılırken öncelikle sağlık hizmetlerinde çalışanların görev, iş tanımları ve sorumluluklarının belirlenmesi üzerinde durulmuştur. Birinci basamak sağlık hizmetleri içine dış sağlığı hiz-

<sup>1</sup> Türkkan, s. 63/4.

<sup>2</sup> 663 sayılı KHK, Madde 29-31. Bu maddelere göre hastaneler bir işletmedir ve bütçesini hazırlar.

<sup>3</sup> 12 Temmuz 2013 tarihli Milliyet Gazetesi'nin "SGK'dan ölümcül tasarruf geliyor" başlıklı haberi ....., <http://ekonomi.milliyet.com.tr/sgk-dan-olumcul-tasarruf-eliyor/ekonomi/detay/1735687/default.htm> (19.08.2013).

metlerinin de alınması ve üniversitelerde hekim adaylarına aile hekimliği hizmetlerine göre eğitimin planlanmasına ilişkin üniversitelerle çalışma yapılması öngörülmüştür. Aile sağlığı hemşireleri yetiştirilmesi, sağlık çalışanlarının ülke genelinde dengeli dağılımını teşvik edici politikalar uygulanması, sonra da mecburi hizmetin kaldırılması önemlidir.<sup>1</sup> Ayrıca hemşirelik hizmetini verebilecek adayların lisans mezunu olması sağlık hizmeti kalitesini yükseltecektir.

Sağlık Bakanlığı 2008 yılında DSÖ ve Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü ile birlikte yapılan çalışmalar sonucu Türkiye Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu yayınlanmıştır. Türkiye'de sağlık personelinin verdiği hizmeti geliştirmek, performansını gözden geçirip eksikliklerini tespit etmek ve bunları karşılayacak planlar üretme zorunluluğu üzerinde durulmuştur. Hastalara verilecek hizmetin kalitesini artırmak ve istenmeyen durumların önüne geçmek için düzenli aralıklarla yeterliliğin belgelendirilmesi önemli olduğuna vurgu yapılmıştır. Türkiye'de tüm sağlık personelinin mesleki eğitim ve yeterliliklerinin yeniden değerlendirilmesine yönelik yasal bir düzenleme ya da mevzuat bulunmamaktadır. Sağlık insangücünü oluşturmak için diplomaların yeterli olmadığı çalışanın sorumlu olduğu işi yapmaya uygunluğunu belirli aralıklarla belgelendirmesi gerekmektedir.<sup>2</sup> Bu sebeple Türkiye'de Ruhsatlandırma ve Revalidasyon Sistemi'nin oluşturulmasına yönelik çalışmalar üzerinde durulmuştur.

Ülkemizde 1994 yılında kurulan Türk Tabipler Birliği-Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu (TTB-UDEK) tıpta yeniden değerlendirme ve yeterlilik konusunda çalışma yürüten tek kurumdur. Temel amacı topluma sunulan uzman hekimlik hizmetlerinin en yüksek seviyeye yükseltmek, batı standartlarını yakalamak ve hizmetin kalitesini değerlendirmektir. Bunun dışında ki şikayet ve ihmallerin yol açacağı sorunlara hukuken çözüm bulunmaktadır. Avrupa da ise uygulanan ruhsatlandırma ve revalidasyon sistemi ile çalışan hekimlerin bilgilerinin, uygulamalarının ne kadar güncel ve bilimsel olduğu ölçülerek gelecekteki sağlık sisteminin doğru şekillenmesi hedeflenmiştir.

---

<sup>1</sup> S. Mollahilaloğlu - Ü. Hülür - N. Yardım - H. Özbay - A. K. Çaylan - N. Ünüvar - S. Aydın, Türkiye'de Sağlığa Bakış, Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara, 2007, s. 279.

<sup>2</sup> Mollahilaloğlu ve diğ., s. 279.

### 6.3.2. Halk Sağlığı Okulu'nun (Hıfzıssıhha Mektebi) Güçlendirilmesi

Halk Sağlığı Okulu ülkemizde sağlık hizmetlerini planlamak, yönetmek geliştirmek amacıyla kurulmuştur. Doğru sağlık politikalarını doğru sağlık sistemlerini oluşturacak bir kurum olarak çalışmalarına başlamıştır. Halk Sağlığı Okulu sağlık insan-gücü planlaması ve halk sağlığı konusunda multidisipliner bir kurum olmayı hedef edinmiştir. Sağlık personeline mezuniyet sonrası eğitimler vermek, Bakanlığın doğru politikalar oluşturması için gereken desteği sunmak görevleri arasındadır. Ulusal ve uluslararası kurumlarla üniversitelerle sağlık teknik ve eğitim bilimlerini geliştirmek için işbirliği yapar. Cumhuriyetin ilanından sonra kurulan Halk Sağlığı Okulu 1982 yılına kadar çalışmalarını sürdürmüştür. 1982 yılında faaliyetini durduran Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü (HMM), 2003 Yılı Mayıs ayında tekrar açılarak faaliyetlerine başlamıştır.<sup>1</sup> Kurum hizmetleri standardizasyonu ile ilgili çalışmalar ve eğitim faaliyetleri günümüze kadar devam etmektedir.

## 7. Hekimlerin Çalışma Koşulları ve Sağlık İnsangücü İçinde Hekimin Yeri

224 Sayılı Kanun'da hekim tanımı sağlık personeli kapsamında yapılmıştır. Bu tanıma göre hekim, sağlık hizmetlerinde maaş alan ya da sözleşme olarak çalışan ve bu alanda mesleki eğitim alarak yetişmiş personel olarak değerlendirilmiştir.<sup>2</sup> 1961 yılında hekimlik mesleği için yapılan bu tanım günümüzde öz aynı kalmak koşuluyla yeni eklemelerle hekim tanımı güncellenmiştir. Günümüz hekim tanımına, insanın sağlıklı kalmasını ve bunu sürdürmesini sağlayan, hasta insanı iyileştiren ve bu iyileştirme yöntemlerinde bilimsel metotları kılavuz alan nitelikli çalışan da eklenmelidir.<sup>3</sup> Diğer taraftan son yıllarda hekimlerin ülkemizdeki çalışma koşullarının ve özellikle çalışma saatlerinin sürekli değişmesi icra ettikleri mesleğin yorgunluğuna ağırlık getirmiştir. Diğer meslekler ile karşılaştırıldığında, riskli bir işi yorucu bir şekilde yaptıkları görülmektedir. Ülkemizdeki üniversite hastanelerinde çalışan hekimlerin, meslektaşlarına oranla akademik kariyerlerinden kaynaklanan etkenlerin buradaki öğretim üyelerinin üzerinde baskı oluşturduğu açıktır.<sup>4</sup> Hekimlerin hastaları

<sup>1</sup> Mollahilaloğlu ve diğ., s. 279.

<sup>2</sup> Bkz. 12 Ocak 1961 tarih ve 10705 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun".

<sup>3</sup> H. Kumaş - F. Y. Beyaztaş, "Türkiyedeki Hekimlerin Çalışma Koşullarının İrdelenmesi", Cumhuriyet Üniversitesi (CÜ), Tıp Fakültesi Dergisi, S. 29, C. 3, Sivas, 2007, s. 124.

<sup>4</sup> Kumaş - Beyaztaş, s. 124.

sadece muayene ya da ameliyat etme faaliyetlerinin haricinde, yerine getirdikleri hayati önem taşıyan iş bilgilerini devamlı suretle geliştirmeleri bilimsel gelişmeleri takip etme, araştırma, alanlarındaki seminerlere katılma ve eğitim vermek gibi görev ve sorumlulukları da bulunmaktadır. Hekimlerin yukarıda bahsedilen görevlerinin dışında, performans (ek ödeme alma) için günlük bakılabilecek hasta sayısının üzerinde muayene yapmaları buna paralel olarak hızlı bir çalışma temposu içine girmeleri onları artan bir hata oranına sürüklemektedir. Ayrıca bizzat mesleklerinin doğası gereği beraberinde getirdikleri olumsuz durumlar nedeniyle hekimler sıkça hukuki veya cezai sorumluluklarla karşılaşabilmektedirler.

Hekimler insan sağlığını temel alan bir işi icra ettiklerinden iş bilgi dağarcıklarını faal olarak uygulayabilecekleri ve sahip oldukları bilgilerini sürekli yenileyip geliştirebilecekleri teknik donanımına ihtiyaç duyarlar. Bu donanım, icra ettikleri işleri ve ansal yaşamları için neredeyse zorunludur. Bu nedenle, hekimler mesleklerini yerine getirirken bu mesleğin temelini oluşturan eğitim alt yapısının devamlı suretle güncellenerek hekimi beslemesi zaruridir.<sup>1</sup> Dolayısıyla bu mesleğin doğası gereği, hekimlerin kendilerini devamlı suretle yenileyebilmeleri ve geliştirebilmeleri amacıyla eğitim faaliyetleri onlar için zorunluluktur.

Sağlık hizmeti emek süreci içinde tanımlanmalıdır. Bu hizmetin emek gücünü hekimler, hemşireler, ebeler, eczacılar, sağlık memurları, laborantlar vb. personel oluşturmaktadır. Sağlık hizmetinin araçları ise binalar, tıbbi cihazlar, pens, bistürü, steteskop, enjektör vb. tüm cerrahi müdahale aletleri, gezici sağlık araçlarıdır. Dolayısıyla sosyal ve politik bir varlık olarak insan, sağlık hizmeti sunumunun emek nesnesidir.<sup>2</sup> Bu emeğin nesnesi durumunda olan insanın daha kaliteli bir sağlık hizmeti alabilmesinin ön koşulu da sağlık personelinin özellikle de bu sunum içinde özne olan hekimin çalışma koşullarının iyileştirilmesi, memnuniyetsizliklerinin ortadan kaldırılması, ücretlerinin ve özlük haklarının iyi bir duruma çekilmesi önem arz etmektedir.

Sağlık insangücü planlaması ve yönetimi açısından ele alındığında hekimlerin durumu daha da özel bir önem kazanmaktadır. Uzun bir eğitim süreci gerektirmesi

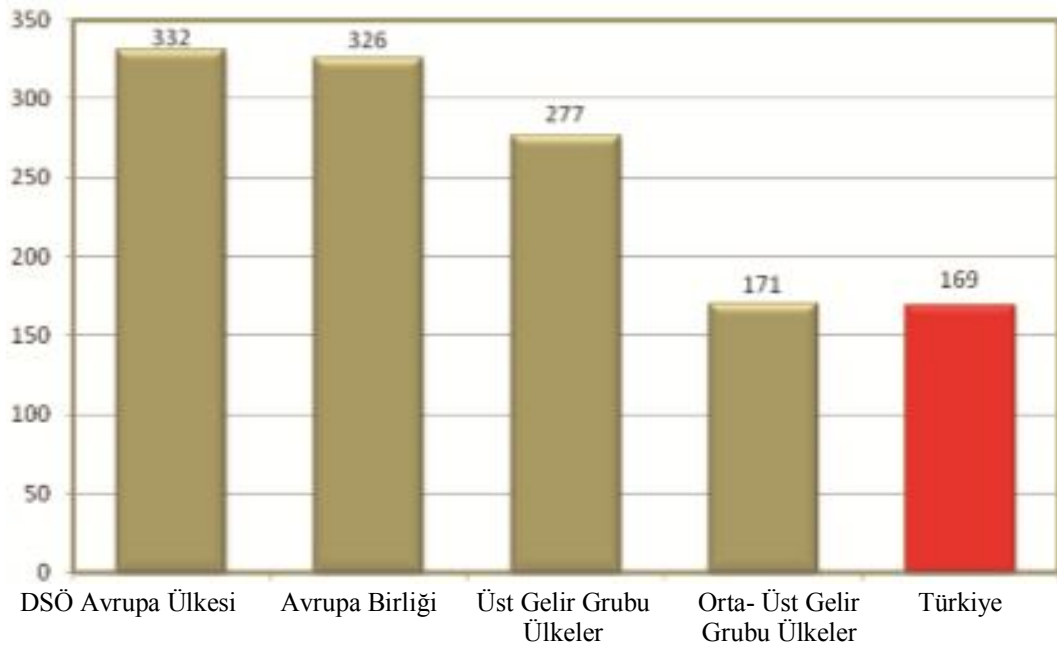
---

<sup>1</sup> Kumaş ve Beyaztaş, s. 124.

<sup>2</sup> İ. Belek, Sağlık Politik Ekonomisi, İstanbul, 2009, s. 48.

nedeniyle doğru projeksiyonlar yapıldığında bile nicelik olarak planlanan düzenlemelerin gerçekleşmesi ayrı bir sorun olarak ortaya çıkmaktadır. Niceliksel planlamalar dışında niteliksel olarak gelişimi de ömür boyu devam edecek sürekli ve etkin bir eğitim süreci ile mümkün olabilmektedir. Sağlığın insangücü planlamasında yararlanılan metotlardan nüfusun insangücüne oranı bir başka deyişle sayısal karşılaştırma ve oran yöntemi sıklıkla kullanılan araçlardandır. Bu oranlama yönteminde bölge nüfusuna düşen doktor sayısal değeridir. Buna karşılık bu oranlama yönteminde eksik kalan sağlık hizmetinin bir bütün olduğu ve diğer personelin hesaba katılmayışıdır. Sunulan sağlık hizmeti piramide benzetilebilir. Bu piramidin alt katında yani temelinde birinci basamak sağlık hizmetleri vardır. Bu temeli oluşturan unsurlara bakıldığında sağlık memuru, ebe, hemşire, çevre sağlığı teknisyeni gibi sağlık personelinin yoğunluğu göze çarpar. Fakat ülkemizde piramidal yapının altında olması beklenen ebe bu yapının en üst katındadır.<sup>1</sup>

**Tablo 2. 100.000 Kişiyeye Düşen Toplam Hekim Sayısının Uluslararası Karşılaştırması.**



**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011, Yayın no: 885, Ankara, 2012, s. 123.

<sup>1</sup> Kılıç, s. 502.

2010 yılı verilerinden oluşan ve yukarıda verilen Tablo 2’ye bakıldığında her 100 bin kişiye düşen hekim sayısı Avrupa ülkeleri ile kıyaslandığında Türkiye’deki hekim sayısının bu oranın neredeyse yarısında kaldığı görülecektir. Dolayısıyla ülkemizdeki sağlık insangücü dağılımı ve hekimlerin yerine bakıldığında niceliksel olarak da Avrupa ülkelerine oranla yeterli olmadığı anlaşılmaktadır.

Aşağıda verilen Tablo 3’e bakıldığında 2000 – 2010 yılları arasında hekim ve hemşire sayılarında yıllara göre artış görülmektedir. Hekim ve hemşire sayıları arasındaki fark ise neredeyse aynı kalmıştır. Nüfus artış oranı dikkate alınarak karşılaştırıldığında toplam hekim sayısı ile ebe ve hemşire sayısında niceliksel bir azalmanın yaşandığı görülmektedir. Sağlık harcamalarında ise yıllara göre artış izlenmektedir.

**Tablo 3. Türkiye’de Hekim, Hemşire, Diş Hekimi Sayısı ve Sağlık Harcamalarının Yıllara Göre Değişimi**



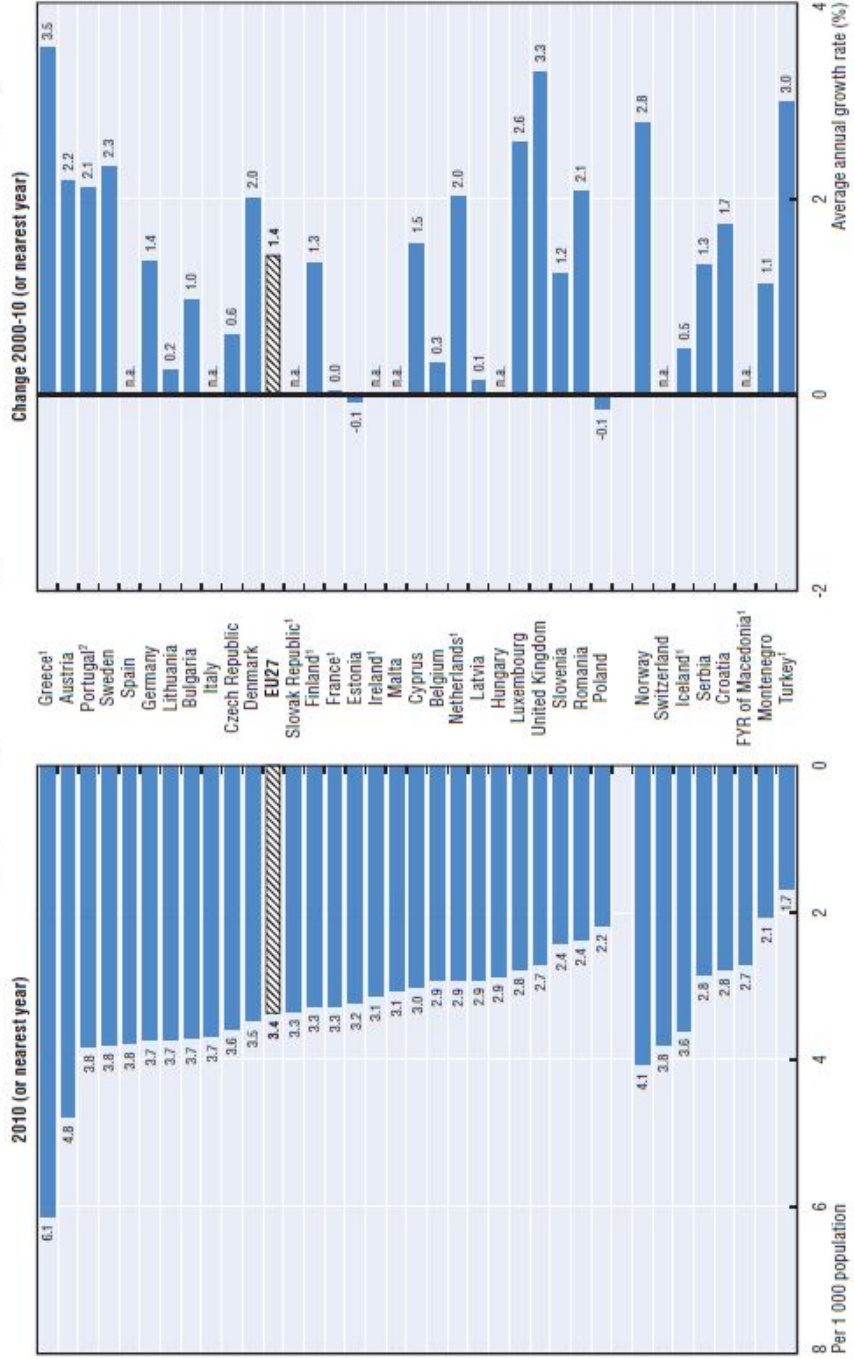
**Kaynak:** Uluslararası Yatırımcılar Derneği, Türkiye Sağlık Sektörü Raporu, İstanbul, 2012, s. 20.

OECD'nin AB ve AB'ye üye olmayan kıta ülkelerinin sağlık politikaları ve sağlık durumunu incelediği "Health At A Glance Europe 2012" raporunda 2000-2010 yılları arasında Türkiye’de hem hemşire hem de doktor sayısındaki artış oranı AB ortalamasının üzerindedir. Buna karşılık aşağıda verilen Şekil 2’de de görüldüğü gibi 2010 yılı itibarı ile Türkiye’de 1000 kişiye düşen hekim sayısı 1.7 iken bu oran

Avrupa Ülkelerinde ortalama 3.4'tür. Aynı raporda 1000 kişiye düşen hemşire sayısı Türkiye'de 1.6 iken bu oran AB ülkelerinde 7.9'dur.

## Şekil 2. OECD Ülkelerinde 1000 Kişiye Düşen Hekim Sayısı

3.1.1.1. Practising doctors per 1 000 population, 2010 and change between 2000 and 2010 (or nearest year)



Kaynak: OECD (2012), Health at a Glance: Europe 2012

## 7.1. Hekimlik Uygulamaları ve Hekimlerin Çalışma Şekilleri

Günümüzde sağlık personelinin çalıştırılmasına işletme mantığı yerleşmiştir. Kamu kurumlarında personel çalıştırma işleyişi ve istihdamı farklılaşmıştır. Kamu işletmeciliği kar ve maliyetlerin baz alınmasıyla endüstriyel bir üretim sistemine dönüşmüş kadrolu çalışan sağlık personeli taşeron, sözleşmeli ve yabancı hekim olarak çalıştırılmaya başlanmıştır.<sup>1</sup> Hekimlerin kamu ya da özelde istihdam edilme hususunda farklı uygulamalar olmasına rağmen başlıca sağlık insangücü istihdam şekillerinin başında devlet memurluğu gelmektedir.<sup>2</sup> Devlet memurluğu statüsünde tabi olan sağlık çalışanlarının işvereni devletin çeşitli kurumlarıdır. Hekimler 1920’li yıllarda kadro karşılığı memur statüsünde ve 1961 yılında sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde belirli bir zaman süresini içine alan hizmet sözleşmesiyle çalıştırılmışlardır.<sup>3</sup> 209 sayılı Kanun ile tam süreli eğitim ve araştırma hastanelerinde özel uzmanlık isteyen alanlarda hekimlerin daha yüksek ücretlerle ve sözleşme ile çalıştırılması benimsenmiştir<sup>4</sup>. Benzer bir düzenleme 1987 senesinde yürürlüğe giren 3359 sayılı Temel Sağlık Hizmetleri Kanunu’nda da yapılmıştır. Ancak bu Kanun ile sağlık işletmesine dönüştürülecek hastanelerde sözleşmeli olarak çalıştırılması öngörülen personelle ilgili hükümler Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilmiştir. Dolayısıyla 1926 yılından 2003 yılına kadar kamuda hekim istihdamı ile ilgili temel uygulamanın, kadro karşılığı memur statüsünde istihdam olarak varlığını sürdürdüğü söylenebilir.

2003 yılından itibaren ise farklı istihdam modellerine ilişkin düzenlemeler yapılmıştır. 2003 senesinde yürürlüğe giren 4924 sayılı kanunla kamu sağlık hizmetlerinde, hekimlerin süreli iş sözleşmeleri ile istihdam edilmesi düzenlenmiştir<sup>5</sup>. 4924 sayılı kanun aynı zamanda Sağlık Bakanlığı adına çıkartılmış ilk personel kanunu-

<sup>1</sup> İ. Ö. Sayan – A. Küçük, Türkiye Kamu Personeli İstihdamında Dönüşüm, Sağlık Bakanlığı Örneği, AÜ, Siyasal Bilgiler Fakültesi (SBF) Dergisi, C. 67, S. 1, Ankara, 2012, s. 173; 663 sayılı KHK’nin 58. Maddesiyle, Kasım 1928 tarihinde yasalaşan 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun’un 4. Maddesinde ifade edilen “Türk hekimlerinin” terimi “hekimlerin” olacak şekilde yeniden düzenlenmiştir. Böylece ülkemizde Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı olmayan hekimlerin de çalışmasına olanak tanınmıştır.

<sup>2</sup> Akdur, s. 19.

<sup>3</sup> F. Sayek TTB Raporları, Sağlık Emek-Gücü: Sayılar ve Gerçekler, Ankara, 2008, s. 48.

<sup>4</sup> 9 Ocak 1961 tarih ve 10702 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren 209 sayılı “Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun”.

<sup>5</sup> 24 Temmuz 2003 tarih ve 25178 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren 4924 sayılı “Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükümünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun”.

dur.<sup>1</sup> Yine aynı kanunla 657 sayılı Kanun'un 36. Maddesine yapılan bir ekle, lüzumu halinde kamuda çalışan sağlık personelinin yürüttüğü sağlık hizmetinin satın alma yöntemiyle gördürüleceği belirtilmiştir<sup>2</sup>. Bu istihdam biçiminde sağlık personeli işçi statüsündedir. Türkiye de İş Yasası ile getirilen düzenlemeler ve değişiklikler bu uygulamanın örneğidir.<sup>3</sup> İşveren kamu ya da özel kurum olabilir. Sağlık personeli, bu kurumlar tarafından iş yasalarında düzenlenmiş olan rejime göre çalıştırılır.

Sağlık personeli kamu ya da özel sağlık kuruluşlarında sözleşmeli personel olarak da istihdam edilebilmektedir. İnsangücünün bu yöntemle istihdam edilmesinde taraflar (kamu ya da özel kurumlar) karşılıklı bir sözleşme imzalar. Bu iş sözleşmesinin kuralları yasalarla belirlenmesine karşın sözleşme maddeleri özel kuralları da içerebilmektedir. Akdur bu durumu “taraflar arasındaki ilişki devlet - memur ya da işveren - işçi ilişkisinden daha çok yüklenici-yükletici ilişkisi” şeklinde yorumlamıştır.<sup>4</sup> Hekim kamu sözleşmesine aile hekimleri en güzel örnektir. Kasım 2004 tarihinde yürürlüğe giren 5258 sayılı Kanunla aile hekimlerinin görevlendirilmesinde bir yıl süreli sözleşmeye dayalı hizmet akdi ile çalıştırma getirilmiştir. Aile Hekimliği uygulaması ülkemiz için yeni bir uygulama olup halkın sağlığını geniş ölçüde ilgilendirmektedir. Bu nedenle Aile Hekimliği uygulaması bu çalışmada ayrı bir başlık olarak değerlendirilmiştir.<sup>5</sup> Ayrıca Ekim 2005 tarihinde kabul edilen 5413 sayılı kanun ile hekimlerin ve diğer sağlık personelinin kadrosuz bir biçimde, ücretleri döner sermayeden karşılanmak üzere, 657 sayılı Kanun'un 4. Maddesinin B fıkrasına göre sözleşmeli statüde çalıştırılmaları da düzenlenmiştir.

Kamu sağlık kuruluşlarında istihdam edilen hekimlerin dışında mesleklerini serbest olarak icra eden hekimlerle ilgili düzenlemelere bakıldığında değişik zamanlarda benzer uygulamaların uygulandığı görülmektedir. 1961 yılında çıkartılan kanunla sosyalleştirilmiş bölgelerde, sözleşmeli olarak çalışan hekimlere diğerlerine göre daha yüksek ücret ödenmesi kararlaştırılmış diğer taraftan serbest çalışmaları da

<sup>1</sup> B. A. Güler, Kamu Personeli: Sistem ve Yönetim, İmge Yayınları, Ankara, 2005, s. 177.

<sup>2</sup> 23 Temmuz 1965 tarih ve 12056 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren 657 sayılı “Devlet Memurları Kanunu”.

<sup>3</sup> 25.08.1971 tarihli ve 1475 sayılı İş Kanunu’nun 14.maddesi hariç tüm maddeleri, 10.06.2003 tarih ve 25134 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan 4857 sayılı İş Kanunu ile yürürlükten kaldırılmıştır.

<sup>4</sup> Akdur, s. 3.

<sup>5</sup> Bkz. Başlık 7.1.1. Aile Hekimliği Uygulaması.

yasaklanmıştır.<sup>1</sup> 1978 yılında kabul edilen Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Yasa ile de kamu sağlık personeline tam süre ile çalışma ve ücret artışı getirilirken, beraberinde kamu kurumları dışında mesleklerini serbest olarak yapamayacakları yönünde düzenleme de yapılmıştır.<sup>2</sup> Aralık 1980'de kabul edilen 2368 sayılı Yasa'yla birlikte, devlete ait sağlık kurumlarında çalışan sağlık personeli mesleklerini kamu hizmeti dışında da yerine getirebilme hakkını elde etmiştir. Diğer yandan tazminat hakkından yararlanan çalışanın serbest olarak mesleklerini yapamayacakları hüküm altına alınmıştır. 1987 senesinde yürürlüğe giren 3359 sayılı Kanunla sağlık kurumları sağlık işletmesine dönüştürülmüştür.<sup>3</sup> Bu kurumlarda görevli olan ve mesleklerini serbest icra etmeyen hekimlere, çalıştığı kamu kurumu yönetiminin onayı ile çalışma saatleri haricinde, kendilerine ya da özel bir kuruma ait işyerlerinde çalışabilmelerine de olanak tanınmıştır. Fakat 2003 senesinde yürürlüğe giren 4924 sayılı Kanun ve 2004 senesinde yürürlüğe giren 5258 sayılı Kanun kapsamında istihdam edilen sözleşmeli hekimlerin kamu görevi dışında hekimlik yapmaları yasaklanmıştır. 657 Sayılı Kanun'un, 36. Maddesi'ne yapılan ek kapsamında, hizmetleri satın alınacak personele ilişkin serbest çalışma konusunda özel bir düzenlemeye gerek görülmemiştir. 2368 sayılı Yasa'da, 21.06.2005 tarihli 5371 sayılı Yasa ile yapılan değişiklikle, il sağlık müdürü ve başhekim olanlara serbest çalışma yasağı getirilirken, 28.03.2007 tarih ve 5614 sayılı Kanun ile yapılan değişiklikle, askeriyeyle bağlı sağlık kurumlarında çalışan başhekimlere ise mesai sonrası çalışma imkanı verilmiştir. 2006 Temmuz'unda kabul edilen 5538 sayılı Kanunla kamu kurumlarında hekim olarak çalışan hekimlere yapmakla mükellef olduğu mesleklerinin haricinde ek bir ücret almadan bağlı oldukları kurumda, işyeri hekimi olarak çalışma mecburiyeti de getirilmiştir. Aynı kanunda sözleşmeli olarak çalıştırılacak hekimlere asıl görevlerinin dışında, idare tarafından başka görevlerin de yaptırılabilmesine ilişkin hükümlere de yer verilmiştir.

Hekim istihdamında zorunlu hizmetin, 1932 yılından 1981 yılına kadar kullanılmadığı görülmektedir. Yaklaşık 50 yıl sonra, 25 Ağustos 1981 tarihinde yürürlüğe konan 2514 sayılı Yasa ile tekrar getirilen zorunlu hizmet 1995 yılına kadar 14 yıl

---

<sup>1</sup> 224 sayılı Kanun.

<sup>2</sup> Bkz. Başlık "1. Sağlıkta Tam Gün Çalışmayla İlgili Yapılan Çalışmalar".

<sup>3</sup> 15 Mayıs 1987 tarih ve 19461 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren 3359 sayılı "Temel Sağlık Hizmetleri Kanunu".

boyunca uygulanmıştır. 1995 yılından itibaren ise fiili olarak uygulanmamıştır. Zorunlu hizmet 2003 yılının Haziran ayında 4924 sayılı Yasa ile kaldırılmıştır. Ancak iki yıl sonra, Temmuz 2005'te 5371 sayılı Yasa ile yeniden uygulamaya koyulmuştur. Zorunlu hizmetin istihdam biçimi olarak uygulanmadığı 2003-2005 tarihleri arasında ise devlet memuru statüsünde istihdam biçimi yerine, sözleşmeli hekimlik, taşeron işçiliği ve yine sözleşmeli aile hekimliği uygulamaları kullanılmıştır. 2006 ve sonrasında zorunlu hizmet esasına göre çalışan hekimler stratejik personel olarak değerlendirilmiştir.<sup>1</sup> Bu tarih sonrasında da hekimler zorunlu hizmete tabi tutulmaktadırlar.

Personel istihdamı ve çalıştırılma biçimleri yukarıda belirtilen kanun ve yönetmelikler çerçevesinde incelendiğinde yapılacak uygulamalar çok yalın olup, yukarıda sayılan istihdam biçimlerinden yalnızca birinin tercih edilmesi anlamına geldiği açıkça belirtilmiştir. Sağlık personelinin istihdam biçimlerinden tercih, tüm ülkede bu istihdam biçimlerinden yalnızca birinin uygulanması şeklinde olabileceği gibi bunlardan bir kaçının ve hatta hepsinin bir arada uygulanması şeklinde de olabilir.

#### **7.1.1. Aile Hekimliği Uygulaması**

Ülkemizde Aile Hekimliği uygulaması 24 Kasım 2004 tarihinde kabul edilen “5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun” ile yürürlüğe girmiştir. Ülkemizde ilk kez 2005 Eylül ayında Düzce’de uygulanmaya başlanmıştır. 2010 yılında ise tüm Türkiye’de Aile Hekimliği Uygulaması’na geçilmiştir. Aile Hekimliği 1.basamak sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri ve tedavi hizmetlerini sunan organizasyondur. Bağışıklama, teşhis tedavi, sağlık eğitimi, yaşlı, çocuk sağlığı hizmetlerini yaş cins, dil, din ayrımı gözetmeksizin hizmet vermekle yükümlüdür. Bu mekanlarda sağlık hizmeti sunan Aile Hekimi ise gereken kadar gezici sağlık hizmeti sunan ve tam süreli mesleğini icra eden uzman aile hekimleri ya da kurumun belirlediği eğitimleri alan uzman tabip veyahut da tabipler olarak tanımlanabilir.<sup>2</sup> Aile Hekimliği hizmeti; hizmet vereceği bölgenin sınırları içinde hekimler tarafından kiralanan mekanlarda verilir.

---

<sup>1</sup> F. Sayek TTB Raporları, s. 49.

<sup>2</sup> Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği (AHUY), Madde 3, Bu yönetmelik için bkz. 25 Ocak 2013 tarih ve 28539 sayılı Resmi Gazete.

2010 yılı öncesinde Sağlık Ocağı olarak bilinen yerler Aile Sağlığı Merkezi olarak değiştirilmiştir. Bu merkezlerde görev yapacak hekimler hizmet puanına göre il içi atamayla görevlendirilir. Tam gün esasına göre sözleşmeli çalışan hekimlerin başka bir iş yapması da yasaklanmıştır. Her birey kendi seçtiği hekime muayene olabilecek, Aile Hekimi kendisine gelen hastaların bilgilerini tutacak, erken tanı ve tedavisini daha kısa sürede yapacaktır. Sürekli aynı hekime gidilmesi doktor ve hasta açısından büyük avantaj sağlayacaktır. Kronik hastalıklar, bulaşıcı hastalıklar kanser gibi hastalıkların tedavisi için hastaları hastaneye sevk eder. Sağlıklı bir toplum oluşturmak, bireylerin yaşam kalitesini yükseltmek 1. basamak sağlık hizmetlerini sunan Aile Hekimlerinin görevidir.

Aile Hekimleri Aile Sağlığı Merkezlerinde ebe, hemşire, laborant, sekreter, temizlik vd. personeli alıp istihdam eder. Aile Hekimiyle çalışmayı kabul eden kadrolu devlet memurunun maaşını yine devlet ödemektedir. Diğer personelin maaşını da Aile Hekimi kendisi öder. Aile Sağlığı Merkezini birden çok hekim de bir araya gelerek çalıştırabilir. Aile sağlığı merkezlerinde sayıca birden çok olan aile hekimi çalışıyorsa, burada görev yapan hekimler aralarında bir yönetim planı hazırlayarak merkezden sorumlu bir yöneticiyi belirler ve bu yöneticinin ismini Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne bildirirler. Türk Tabipler Birliği aile hekimliği uygulamasının, sağlık ocağı sisteminin gerisine düştüğünü belirtip uygulamaya negatif bakmıştır.<sup>1</sup> Algan'a göre "Sağlıkta Dönüşüm programının bizatihi kendisi bir özelleştirme operasyonudur."<sup>2</sup> Aile Hekimliği'nin uygulanmaya başlanmasıyla birlikte birçok sağlık personeli Sağlık Ocaklarından ayrılmak zorunda kalmışlardır. Farklı ortam ve şartlarda yer değişikliği yapmak sağlık personelinin motivasyonunu olumsuz etkilemiştir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin özerkleştirilmesi manasına gelen Aile Hekimliği Uygulamasında hekim baktığı nüfusa hizmet vermek için bir muayehane açmak zorunda ve kirasını da kendi ödemek durumundadır. Bununla birlikte sözleşmeli personel çalıştırıp ücretini kendisi öder ve tüm bunların finansmanını da Sosyal Güvenlik Kurumuyla sözleşme yaparak karşılar. Devletin sağlık hizmetlerini özelleştirme adımlarından birisidir. Eskiocak'a göre "önerilen modelde muayenehane

---

<sup>1</sup> Bkz. Ek: 5 TTB'nin değerlendirmesi.

<sup>2</sup> N. Algan, "AH, Özel Hekimlik Özelleştirme Uygulaması mıdır?" TTB, Atölye Çalışması 3. Grup Raporu , Ankara, 2007.

hekimliği ön plandadır ki bu da hekimin yalnızlaşmasını ve rekabeti beraberinde getirmektedir.”<sup>1</sup> Aile Sağlığı hekimi diğer Aile Sağlığı hekimleriyle nüfus, bakılan hasta sayısı, Sosyal Güvenlik Kurumundan yapılan ödemeler, personel, bina giderleri vb. konularda ister istemez rekabete girecektir. Hekimin bilgi ve becerilerini geliştirmede itici bir güç olmasının yanında işletmecilik becerisinin de ön plana çıkarılmasını beraberinde getirmektedir.<sup>2</sup> İşletmecilik anlayışıyla yapılan sunum da sağlık hizmet kalitesini olumsuz etkileyecektir.

Sağlık Bakanlığı Aile Hekimliği Uygulamasının olumlu rekabete neden olacağını ileri sürmektedir. Hekimlikte uzmanlaşma ve piyasalaşma ile çok sayıda hekim kendi alanlarında meydana gelen tıbbi değişiklikleri yakından takip etmeye, daha çok teknoloji kullanmaya ve hasta taleplerini karşılayarak gelirlerini artırmaya çalışmaktadırlar. Aile hekimlerinin çok çalışarak çok kazanacağı olumlu bir rekabet oluşacağı söylene de bu sistemdeki olumlu rekabetin anlamı hasta müşteri memnuniyetiyle ölçülmektedir. Bu nedenle aile hekiminin kendisine kayıtlı olan vatandaşın isteklerini yerine getirme hususunda; örneğin hastanın istediği ilaçları veyahut da rapor vermesi, hekimin menfaatine olacaktır. Aksi halde piyasanın olumlu rekabet kurallarına göre hekim müşterisini kaybedebilir.<sup>3</sup> Hekimin mesleğine aykırı bir davranış içine girmesi tamamıyla onun suçu değil aksine yasalarla hekimin alacağı ücretin, vatandaş memnuniyetiyle – vatandaştaki memnuniyet algısı ise diğer başkaca unsurlar görmezden gelinirse isteklerinin ne ölçüde yerine getirildiğiyle – alakalı bir durumdur. Zira vatandaş bağlı olduğu hekimi, ki bu hekim mesleğiyle alakalı en güzel icraatları yapıyor olursa olsun, vatandaş yine de isteklerini yerine getirecek hekim arayışına girebilir.

Sağlık Ocağı sisteminden Aile hekimliği uygulamasına geçişle birlikte vatandaşların da 1. Basamak sağlık hizmetinden yararlanma işlemlerinde bazı değişiklikler olmuştur. Örneğin Sağlık Ocağı sisteminde vatandaş istediği hekimi seçme özgürlüğüne sahipti. Aile Hekimliği’nde ise seçtiği hekime muayene olma zorunluluğu getirildi. Seçtiği aile hekiminden memnun kalmazsa ancak 6 ay sonra değiştirme şartı

---

<sup>1</sup> M. Eskiocak, Bu Atölye Çalışması Nasıl Kurgulandı? Yöntem, Gerekçe Ve Beklentiler, TTB, Atölye Çalışması 3. Grup Raporu, Ankara, 2007, s. 14.

<sup>2</sup> Eskiocak, s. 14.

<sup>3</sup> G. Aksakoğlu – B. Kılıç – R. Uçku, “Aile Hekimliği Modeli/Sistemi Türkiye İçin Uygun Değildir”, Toplum ve Hekim Dergisi, C. 18, S. 4, İstanbul, 2003, s. 256.

getirildi. Bir başka örnekte vatandaşların 1. Basamak sağlık hizmeti için ödediği parasal değişimde gerçekleşti. Sağlık Ocağı sisteminde muayene ücretsizdi. Aile hekimliğinde ise tek kalem ilaç yazılsa dahi 3 Lira, 3 kalem ilaç sonrası 5 kaleme kadar her ilaç için 1 Lira ödeme zorunluluğu getirildi. Dolayısıyla eczanelerde 1.5 Liraya satılan bir ilacı aile hekimine reçete ettirerek almak isteyen bir vatandaş, ilaç katkı payıyla birlikte bu ilacı 3 Liranın üzerinde bir maliyetle almak zorunda kalmaktadır. Dolayısıyla zaman ve paradan tasarruf etmek isteyen bir vatandaş bu ilacı, reçetesiz temin etme yoluna başvurabilir. Böyle bir durumun sıklaşması halinde Sağlık Bakanlığı reçetesiz ilaç satışını önleyici tedbirlere yönelmek zorunda kalacaktır.

Aile Hekimliği ile bağışıklama ve salgın yönetimi gibi topluma yönelik korumayı gerçekleştirmede de sorunlar yaşanabilir. Şöyle ki: Kayıt altına alınmayan nüfusa, aşılama hizmeti verilemeyecek ve esas uygulayıcısı olan hekim dışı sağlık personelinin de bu hizmetlere ayıracak zamanı doğal olarak yetmeyecektir. Fizik mekan ve ekipman, hem aşılama güvenliği, hem de ailelerle iletişim ve eğitim yeterli olmayacak, rutin aşılar o merkeze başvuranlarla sınırlı kalacaktır. Fakat Sağlık Ocakları sisteminde burada çalışan ebeler sorumluluk alanlarındaki bölgelerde ev ziyaretleri yaparak aşılama hizmetinin eksiksiz yapılmasını sağlamaktaydılar. Bebeklerin ve çocukların rutin aşılarının eksiksiz yapılması sağlık ocağında çalışan ebelerin ev gezmeleriyle mümkün olmaktadır. Bu titiz çalışma sonunda bebek ve çocuklar için ölüme sebebiyet verebilecek bulaşıcı hastalıkların da yayılımı en aza indirilmiştir. 29 Nisan 2013 tarihli ulusal bir gazetede çıkan haber bu duruma ışık tutabilir.<sup>1</sup> Haberde Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) başkanı Prof. Dr. Tacettin İnandı'nın bildirdiğine göre 2006-2010 yılları arasında her yıl için kızamık vakası görülme sıklığı ülke genelinde çift rakamı aşmamıştır. Ancak 2011 yılında 111'e yükselen kızamık vakası 1 Ocak 2012 ile Nisan 2013 tarihleri arasında 2000'e yaklaşmıştır. Bu sayının 73'ü yabancı uyrukludur. Diğer taraftan aniden yükselişe geçen kızamık vakalarındaki artış, bebek ve çocuk takiplerindeki sorunla ilgili olup olmadığı takip eden yıllarla anlaşılacaktır. Zira bu ani yükseliş bu dönemde ülkemizin güneydoğu bölgesine Suriye'den gelen pek çok göçmenle de ilgili olabilir. Tüm bunlara ek olarak Aile Hekimliği sistemine geçildikten sonra verilen aşı hizmetlerinin niteliğini

<sup>1</sup> 29 Nisan 2013 tarihli Milliyet Gazetesi, "İthal Kızamık 42 İle Yayıldı" başlıklı haberi. <http://gundem.milliyet.com.tr/-ithal-kizamik-42-ile-yayildi-/gundem/gundemdetay/29.04.2013/1700011/default.htm>

aşılanan kişileri nasıl etkilediğini ortaya çıkaracak herhangi bir çalışma veya istatistik yoktur.

Aile Hekimliği Uygulamasında, Sağlık hizmetini, kişi kendi bölgesinin dışından, uzaktan bir Aile Sağlığı Merkezinden alma hakkına sahiptir. Bu sebeple bölgesel hizmetin başarısını, ölçme değerlendirme mümkün olamayacaktır. Aile hekimleri performans yani ek ücret alabilmeleri için bebek-çocuk izlem ve aşılarının tam olması gerekmektedir. Zamanında, aşı takvimine göre yapılması gereken aşılarda bilgisayar teknolojisinin sağladığı kolaylıkla yapılmış olarak sayılar verilmesi de mümkün hale gelecektir. Ülkemizde bulaşıcı hastalık salgınları ortaya çıktığı zaman hizmetin kalitesini tartışılır hale gelecek ve radikal önlemlerin alınmasına sebep olacaktır.

## **7.2. Hekimlik Uygulamalarının Ücretlendirilmesi ve Sağlık Bakanlığı Uygulamalarında Performansa Göre Ödeme Sistemi**

Dünya Sağlık Örgütü'nün "insangücünün planlanması, üretimi (eğitimi) ve yönetimi, başka bir deyişle ihtiyaçların tespiti ve sağlık çalışanlarının gerektiği gibi eğitilmesi, istihdam edilmeleri, yeterli ücret almaları ve sağlık sisteminde kalmaları için kariyer gelişimi olanaklarını sağlayacak adımların atılması" şeklinde tanımladığı "Sağlık İnsangücü Geliştirme" faaliyeti içerisinde, yeterli ve adil ücret ögesi önemli bir yer teşkil etmektedir.<sup>1</sup> Yeterli ve adil ücret hizmet sunumunun kalitesini artıracaktır.

Sağlık insangücü planlamasında ve genel olarak sağlık sektöründe şimdiye dek sistematik bir şekilde incelenmemiş olan bir başka etken de maliyet ve bunun planlamaya olan etkisidir. Gelişmekte olan ülkelerde sağlık harcamalarının büyük bir bölümünü personel ücretleri oluşturmaktadır. Ülkemizde de sağlık hizmetlerinin devlete maliyeti ise sağlık insangücünün oluşturulması, sağlık personelinin eğitimi, yetiştirilmesi ve sağlık personeline ödenen maaş ve ödeneklerdir.

Bakanlık bütçesinin ortalama %80 kadarının personel masraflarına ayrıldığı bilinmektedir.<sup>2</sup> Her bilim dallarında olduğu gibi, zorlu ve uzun bir eğitim süreciyle

---

<sup>1</sup> Türkay ve diğ., s. 1.

<sup>2</sup> Türkay ve diğ., s. 13.

elde edilen bilginin ve yoğun bir insan emeğiyle şekillenen hekimlik sanatının da parasal bir karşılığı olmalıdır. Son zamanlarda sıkça dile getirilen hekim hakları kapsamında söz konusu edilen başlıca haklar kapsamında tanımlanan yeterli ücret edinme hakkının diğer hakların gerçekleşmesinde temel gereksinim olduğu da gerçektir.<sup>1</sup> Emeğinin karşılığını alamayan hekimin nitelikli eğitim alma, bilgiyi yenileme, çağdaş bilimsel olanaklardan yararlanma ve hekimlik mesleğine yaraşır sosyal ve kültürel bir yaşam biçimi sürdürme ve aydın kimliği oluşturabilme hakkını kullanabilmesi mümkün görünmemektedir. Kamu kurumlarında çalışanlar arasında ücret farklılıkları mevcuttur. Bu ücretlerin ne tür bir sistem ve mekanizmaya göre belirlendiği bilinmemektedir. Cumhuriyetin ilanından başlayıp 1938 senesine kadar devam eden aralıkta, hekimlerin aldıkları ücret bir müsteşarın aldığı ücret seviyesinde olmuştur.<sup>2</sup> 1960’larda 224 Sayılı Yasanın uygulanmasıyla sözleşmeli statüye geçilmesi ve mahrumiyet ödeneği aracılığıyla yüksek ücret uygulaması başlamıştır. 1960’ların sonuna doğruysa sağlık alanında yapılan yatırımlar kısıtlanmıştır. Sağlık personelinin sosyalleştirilmiş bölgelerde çalışmaya özendiren uygulamalardan vazgeçilmiştir.

Sözleşmeli hekim çalıştırılması, mahrumiyet tazminatları ve sağlık ocakları ve sağlık evlerinde çalışanlara yüksek ücret ödemeleri yürürlükten kaldırılmıştır. Bu sebeple kırsal ve taşra da çalışacak personel ihtiyacı hızla artmıştır. Mahrumiyet bölgelerine hizmet verebilmek için; Tam Gün Yasası uygulamaya konulmuş kamuda ve kırsalda çalışan sağlık personelinin ücretlerinde anlamlı bir yükselme olmuştur.<sup>3</sup> Yüksek maaş artışları sağlık çalışanları ile diğer kamu personeli arasında ciddi bir gelir dengesizliğine neden olduğu için “12 Eylül 1980 askeri müdahalesi ile son verilmiştir.”<sup>4</sup> 1980’li yılların ilk yarısında, sağlık personeli dâhil, kamu sektöründe çalışan tüm personelin Ankara ili örneğini gösteren Tablo 4’te görülebileceği gibi reel olarak bir ücret kaybına uğradığı görülmektedir.

<sup>1</sup> Arda, s. 122; Kumaş ve Beyaztaş, s. 126.

<sup>2</sup> S. Altan, Hekimlerin Grev ve İş Yavaşlatma Biçimindeki Eylemleri Etik Açısından Haklı Görülebilir mi? Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics (12), İstanbul, 2004, s. 201.

<sup>3</sup> 1978 yılında Bülent Ecevit hükümeti döneminde 09.07.1978 tarih ve 16341 sayılı Resmi Gazete’de 2162 sayılı “Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Yasa” yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Yasayla birlikte sağlık çalışanlarının maaşları yaklaşık 3 kat arttırılmıştır. Bkz. Başlık 2.1. Sağlıkta Tam Gün Çalışmayla İlgili Yapılan Çalışmalar.

<sup>4</sup> Bkz. Başlık 2.1. Sağlıkta Tam Gün Çalışmayla İlgili Yapılan Çalışmalar; Ayrıca bkz. Akdur, s. 5.

**Tablo 4. 1980-1987 Sağlık Personelinin Reel Maaş Değişimi**

|        | Uzman | Pratisyen | Eczacı | Ebe Hemşire |
|--------|-------|-----------|--------|-------------|
| Yıllar | 1/4   | 8/3       | 8/1    | 12/3        |
| 1980   | 100   | 100       | 100    | 100         |
| 1981   | 88.5  | 101.8     | 84.4   | 93.1        |
| 1982   | 77.8  | 98.7      | 79.7   | 94.4        |
| 1983   | 78.8  | 88.2      | 91.7   | 100.8       |
| 1984   | 76.8  | 90.6      | 87.3   | 101         |
| 1985   | 78.1  | 100.2     | 90.1   | 99.2        |
| 1986   | 89.7  | 96.3      | 96.6   | 101.4       |

**Kaynak:** Türkay, F., ve diğ., Sağlık İnsangücü Mevcut Durum Raporu, Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Birinci Sağlık Projesi, Doküman No: TSH/İGG/I-05/001, Ankara, 1996, s. 38.

1980'li yıllarda sağlık personelinin maaşlarındaki kayıp 1989 yılında yapılan artışlarla kısmen düzelmiştir. <sup>1</sup> 1994 yılına kadar süren bu maaş iyileşmeleri, 1994'deki ekonomik krizin başlamasıyla tüm kamu çalışanları olumsuz etkilenmiştir.

Ülkemizde hekimlerin büyük bir kısmı kamu kurumlarında çalışmaktadırlar. Kamuda çalışanlara ödenen ücret birçok meslek grubu tarafından yetersiz bulunmaktadır. Kamusal alanda sunulan sağlık hizmetlerinin sekteye uğramaması için hizmet sunucularına ödenecek ücretlerde yetersiz kalınması kamu sağlık çalışanlarının üzerinde motivasyon ve verimlilik hususunda olumsuz etkiler yaratmaktadır. <sup>2</sup> Türkiye'deki hekimler kaliteli bir hizmet standardizasyonu, kendilerini geliştirmek, bilimsel bilgi ve becerilerle, yetersizliklerini sürekli tamamlayacak eğitim ve donanımına sahip olabilmek için daha iyi bir ücret talep etmektedirler.

Sözleşmeli hekim, sözleşmeli sağlık personeli ve diğer kadrolu çalıştırılan sağlık personeli arasındaki ücret farklılığı yok denecek kadar az olup iş güvencesini de ortadan kaldıran bu uygulamayı istememektedirler. Bir araştırmada hekimlerin grev ve iş yavaşlatma eylemlerinin esas dayanakları, yetersiz ücret, iş güvencesi ve

<sup>1</sup> 1980 – 1995 yılları arasında sağlık personelinin maaşlarındaki değişiklikler için bkz. Türkay ve diğ., s. 37.

<sup>2</sup> Arda, s. 4.

sağlık hakkı olarak özetlenmiştir.<sup>1</sup> Kamu sağlık kuruluşlarında görevlendirilen hekimlerde değişik dönemlerde farklı ücretlendirme biçimleri kullanılmıştır. 2004 yılına kadar gerek sözleşmeli gerekse memur statüsünde çalıştırılsın, aynı hizmet süresine, aynı eğitime sahip olan ve benzer bölgelerde görev yapan hekimlerin aynı ücreti aldığı görülmektedir. Ancak 2004 yılından itibaren ücretlendirme biçimlerinde ciddi değişiklikler yapılmıştır. Ücretlendirilmede yeni bir dönem başlamıştır. Bu sistem döner sermaye gelirlerinden performansa dayalı ek ödeme yapılması uygulamasına dayanmaktadır. Bu sistemde hekimlerin alacakları döner sermaye katkı ücretleri yaptıkları muayene, operasyonel işlemler ile diğer başkaca ölçütlerin puanlanmasıyla belirlenmektedir. Toplamda elde edilen aylık puan ise hekimin o ay içindeki performansını göstermektedir. Fakat hekimlerin aldıkları performansa dayalı ek ücretler aynı kurumda farklı ana bilim dallarında hizmet veren hekimlerin aynı işlemleri uygulamasına karşın düşük veya yüksek ek ödeme almalarına da neden olmuştur.<sup>2</sup> Bu durum hekimler arasında emeğin sömürülmesi olarak algılanıp, motivasyon kaybına, hatta hekimler arsında olumsuz rekabet ve çatışmalara dahi neden olabilir.

Bugüne kadar uygulana gelen ücret ödeme biçimlerinden ciddi bir şekilde ayrılan diğer düzenleme ise, 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun'dur. Düzenlemeyle sağlık ocaklarında, sağlık ekibi ile verilen 1. Basamak sağlık hizmetleri tek hekim ve hemşireye düşürülmüştür. Bu Kanun ile hekimler; aile hekimliği uzmanlık eğitimi almış olsun ya da olmasın bu hizmeti vermeye yetkilidir. Devlet, Dünya Bankasının desteğiyle aile hekimlerine ödedikleri ücretlerde bazı kriterler belirlemiştir. Bunlar Aile hekimlerinin çalıştığı bölgenin sosyoekonomik olarak gelişme düzeyi, aile hekimine bağlı kişi sayısı, aile sağlığı merkezinin tetkik ve diğer malzeme giderleridir. Buna karşılık Sağlık Bakanlığı, aile hekimlerine uyguladıkları koruyucu sağlık hizmetindeki aksamaları ve muayene ettiği hastaların hastaneye sevk etme oranlarındaki yükseklik derecesine göre brüt ödemenin % 20'sini ödememe hakkına da sahiptir.<sup>3</sup> Hekimlerin her dönem sahip oldukları ücretli yıllık izin, ücretli doğum izni vb. sosyal haklar da önemli ölçüde ortadan kaldırılmıştır.

---

<sup>1</sup> Altan, s. 202.

<sup>2</sup> F. Sayek TTB Raporları, s. 50.

<sup>3</sup> F. Sayek TTB Raporları, s. 50.

Sağlık Bakanlığı, kamu sağlığı hizmeti sunanlara motivasyonlarını yüksek tutacak argümanlarını bulmakla ve onlar için kaliteli ve verimli bir çalışma ortamını sağlamakla mükelleftir. Bu kapsamda Bakanlık, çalışanlarının verimliliğini artırmak motivasyonlarını güçlendirmek amacıyla performansa göre katkı payı ödemesini uygulamaya koymuştur. Ülkemizde 2003 yılının ikinci yarısında başlayan performans dayalı ek ödeme sistemi daha çok hekimlere odaklanmıştır. Bireysel performansın ölçü alındığı bu sistem, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, başarı seviyesinin artırılması, nitelikli ve üretken hizmet sunumunun teşvik edilmesi amacıyla 10 ilde pilot olarak uygulanmaya başlanmıştır.<sup>1</sup> Ölçeğin performans olduğu ek ödeme, 2004 senesinden itibaren 1. Basamak sağlık kuruluşlarını da içine alacak biçimde ülke çapında uygulanmaya başlanmıştır.<sup>2</sup> 2004 yılını kapsayan bir yıllık uygulamada sağlık çalışanlarının sağlık kurumlarının performansa dayalı ücret uygulamasına uyumu değerlendirilmiştir. Performans ölçümünün devamını oluşturacak denetim sistemleri düzenlenmiş ve alt yapı hazırlamıştır. Performansa göre katkı payı ödemesi, bu değişimler ve birikimler gözlenerek 2005 yılında ülke çapında uygulamaya konmuştur.

Bu uygulamanın diğer aşaması, 2. basamak sağlık hizmeti sunan kuruluşlarda ve hastanelerde çalışan hekimlerin performanslarına ölçüt olacak kriterlerin belirlenmesi ve bu kriterlere göre alacakları ek ödemelerin belirlenmesini sağlayacak yönetmelik ve genelgelerin çıkartılmasıdır. Doktorların verdikleri hizmetlerin karşılığı aylık olarak puanlandırılmıştır. Muayene, tetkik, ameliyat her işlemi nicelik açısından ölçülebilir hale getirilmiştir. Kliniğin dışında çalışan cerrahi müdahale ya da tetkik dışındaki hizmetleri sunan doktorlara yöneticilere de kurumun ortalama puanına oranla performans puanı verilmiştir.

Hastanelerde en çok emek harcayan yardımcı sağlık personeline (hemşire, ebe, laboratuvar ve röntgen teknisyeni, sağlık memuru) ortalama kurum performansından ödeme yapılmaktadır ibaresi, uygulamada farklıdır. Kurum döner sermayesi alan kadrolu yardımcı personel bireysel performansa göre bir ücret almamaktadır. Sadece özellikli birimler olan acil, yoğun bakım, ameliyathane gibi bölümlerde çalış-

---

<sup>1</sup> Y. Erkoç – İ. Şencan – M. Atasever, Sağlıkta Yönetici ve Birim Performansı, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2012, s. 6.

<sup>2</sup> S. Aydın “Performansa Göre Ödeme Sistemleri ve Zorlukları” Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, Sayı 19, 2011. ...., <http://www.sdplatform.com/Dergi/514/Performansa-gore-odeme-sistemleri-ve-zorluklari.aspx> (30.08.2013).

şanlara performansa dayalı ek ödeme, cüzi miktarlık bir artışla yapılmaktadır. Bu sistemle amacın kurumun toplam performansının bütün çalışanlarına yansması hedeflendiği belirtilse de durum hiç de böyle değildir. Zira ek ödeme sistemi, olması gerektiği gibi, doktoru odak almış fakat diğer sağlık çalışanını çalıştığı birimin özelliğine göre değerlendirip diğer aynı işi yapan hekim dışı personelden bir miktar fazla ücret almasını benimsedikten sonra bu sistem içinde hekim dışı personele yer vermemiştir. Bu durum hekim dışı personel de motivasyon kaybına neden olmuştur. Şöyle ki: Madem hekim çalıştığı kuruma ne kadar hizmet ediyor ve bunun sonucu kurumuna para kazandırıyor ve o ölçüde ek ödeme alıyorsa, diğer personelin de o kadar işi artıyor demektir. Madem mesai sonrasına kalan bir hekim kurumuna para kazandırmaya devam ediyor ve o ölçüde ek ödeme alıyor. Diğer personel de bu yoğun çalışmaya ayak uydurmak için az sayıdaki çalışanla daha yoğun bir çalışma temposuna girip haftada en az 16 saat ayda 70 saatin üzerinde nöbet tutmak suretiyle fazla çalışmasına rağmen ek ödemesinde herhangi bir farklılık olmuyor.

Kamuda çalışan sağlık çalışanları için uygulanan performans puanları ile tam gün çalışma özendirilmiştir. Eğitim ve Araştırma hastanelerinde klinik şefi, klinik şefi yardımcısı, uzman ve başasistan olarak çalışan hekimler bilimsel faaliyet sayılarını, yaptıkları teorik ve pratik eğitimlerini belgelemeleri karşılığında performans puanları buna bağlı olarak da alacakları ek ödeme miktarı artmaktadır. Böyle bir uygulama hekimi parasal bir nedenle de olsa kendini geliştirmesi bilgilerini artırmasına sevk etmiştir.

Hekimlerin performanslarına göre aldıkları ek gelir 1. basamak hizmeti veren sağlık kurum ve kuruluşlarında şehir merkezlerine olan uzaklığa göre, köy, belde, ilçe, il merkezlerinin her birine farklı puanlama getirilmiştir. Mahrumiyet bölgelerinde çalışanlara daha fazla ödeme yönetmelikte yerini almıştır. Bu uygulamayla koruyucu sağlık hizmeti parasal bir ödüllendirmeye desteklenmiştir.<sup>1</sup> Birinci basamak sağlık hizmeti sunumu yapılırken gebe izlemi buna paralel bebek izlemi sayıları, bebekler için yapılan tarama testleri, bağışıklama oranları ve aile planlaması yöntemi kullanma oranları da performans olarak değerlendirilmiştir.

---

<sup>1</sup> Mollahlaloğlu ve diğ., s. 133.

### 7.3. Ülkemizde Hekimlik Uygulamaları ve Hekimlerin Çalışma Şekilleri Hakkında Yasal Düzenlemeler

Kamu sağlık kuruluşlarında hekim istihdamı ile ilgili düzenlemeleri, genel düzenlemeler ile sağlık alanına özgü hükümler içeren düzenlemeler biçiminde ikiye ayrılır. Genel nitelikteki düzenlemeler içinde 1926 tarihli 788 sayılı Memurin Kanunu ile bu Kanunu yürürlükten kaldıran 23 Temmuz 1965 tarihli 657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu'nu saymak olanaklıdır.<sup>1</sup> Bu kanunun kapsamında genel olarak kamu hizmetlerinin sunan kamu görevlilerinin atanmaları, hak ve sorumlulukları, ücretlendirilmeleri ve diğer özlük hakları ile ilgili hükümler bulunmaktadır. Günümüzde kamu sağlık hizmetlerinde görev yapan hekimlerin pek çoğu halen 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu uyarınca memur olarak istihdam edilmektedir.

09.06.1936 tarihli ve 3017 sayılı Sıhhat ve İctimai Muavenet Vekaleti Teşkilat ve Memurin Kanunu'nda Sağlık Bakanlığının merkez ve taşra teşkilatı düzenlendiği gibi buralarda görev yapacak personele ilişkin hükümler de düzenlenmiştir.<sup>2</sup> Bu kanuna göre hekimlerin çalışma alanları belirlenmiştir. Köy hekimleri ihtiyaç bulunan köy sağlık ocaklarında ve hükümet tabipleri il, ilçe ve nahiyelerde, uzman doktorlar ise hastaneler ve diğer sağlık kuruluşlarında devlet memuru kadrosunda görevlendirileceklerdir.

05.01.1961 tarih ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ile sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinde çalışacak hekimlerin sözleşme imzalaması zorunluluğu getirilmiştir. Sözleşmenin süresi bir yıldan az üç yıldan fazla olamayacaktır. Sözleşme süresinin bitiminden bir ay önce sona erdirileceği bildirilmediği takdirde bir yıllık süre ile uzatılmış sayılacaktır. Ayrıca iki ya da üç yıllık sözleşme imzalanması halinde ilk bir yıllık hizmetten sonra üç ay önceden bildirmek koşulu ile sözleşmenin her zaman için sebep gösterilmeksizin feshedilebileceği düzenlenmiştir.

14 Temmuz 1965 tarih ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 4. maddesi ile hekimlerin, kamu sağlık kuruluşlarında devlet memuru olarak

---

<sup>1</sup> 657 sayılı Kanun.

<sup>2</sup> Bkz. 23 Haziran 1936 tarih ve 3337 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren 3017 sayılı "Sıhhat ve İctimai Muavenet Vekaleti Teşkilat ve Memurin Kanunu".

görevlendirilmesi esası benimsenmiştir. 06.07.1965 tarih ve 641 sayılı Kanunun 2. maddesiyle<sup>1</sup> Bakanlar Kurulu Kararıyla tam süreli eğitim ve öğretim hastanelerinde ve kurumlarında özel uzmanlık isteyen işlerde o uzmanlık dalında ünlü ve otorite olan hekimlerin sözleşmeli olarak çalıştırılmasına, ücret ve çalışma koşullarının sözleşme hükümleri ile belirlenmesine, ücretlerin ise döner sermaye gelirlerinden ödenmesine ilişkin düzenleme yapılmıştır.

07.05.1987 tarihli 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun 5. maddesi ile kanunun kapsamı içine dahil olan kamu kurumlarının bünyesinde bulunan sağlık kuruluşlarının, kamu tüzel kişiliğine haiz sağlık işletmesine dönüştürülmesinin yolu açılmıştır. Kamu kuruluşlarında, özel ihtisas bilgisine veya mesleki ihtiyaç gösteren veyahut da memleket nezdinde iş kollarındaki gelişmeyi sağlayacak hekimlerin de kadro karşılığı aranmadan ve talepleri üzerine T.C. Emekli Sandığı ile ilişkilendirilerek sözleşmeli olarak çalıştırılabilmelerinin yolu açılmıştır. Ayrıca bir kuruluşun sağlık işletmesine dönüştürülmesinden sonra sağlık, yardımcı sağlık ve diğer personel sözleşmeli olarak çalışma başvurusunda bulunabilir. Böyle bir durumda kurumun onay vermesiyle herhangi bir atamaya gerek kalmadan bu kişiler sözleşmeli olarak çalışabileceklerdir. Bu düzenlemeyle özelleştirmenin önü açılmış olmasına karşın, düzenleme Anayasa Mahkemesi'nin 19 Nisan 1988 tarih ve E.1987/16, K.1988/8 sayılı kararı ile iptal edilmiştir.

10 Temmuz 2003 gün ve 4924 sayılı Kanun ile 657 Sayılı Devlet Memurları Kanunun 36. maddesine yapılan bir ek ile sağlık hizmetlerinde görevli hizmet sunucuları tarafından yerine getirilen hizmet sunumunun, gerekli olduğu hallerde ücreti döner sermaye kazançlarından verilmek üzere, Bakanlık tarafından belirlenecek usul ve esaslar çerçevesinde hizmetin satın alınabilmesi hususunda düzenleme yapılmıştır. Böylece sağlık sunumu yapan personelin kamuya ait sağlık kurumlarında yalnız iş güvenceli devlet memuru olarak değil aynı zamanda sözleşmeli çalışan olarak da iş yapmasına olanak sağlanmıştır.

---

<sup>1</sup> Bkz. 16 Temmuz 1965 tarih ve 12041 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren 641 sayılı "Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumlarıyla Esenleştirme Rehabilitasyon Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkındaki 209 Sayılı Kanuna Bazı Maddeler Eklenmesine ve Bazı Maddelerinin Değiştirilmesine Dair Kanun".

Bu kanunun çıkmasıyla hekimler artık sözleşmeli olarak da kamu kurumlarında çalışmaya başlamışlardır. Sözleşme süresi bir yılla sınırlandırılmış olup, sürenin bitime bir ay kala sözleşme feshedilmediği takdirde birer yıllık süreler ile uzayabilmektedir. Ayrıca yasayla 10 yıl boyunca kesintisiz bir biçimde sözleşmeli olarak çalışanlara emekli oluncaya kadar çalışabilme güvencesi de verilebilmektedir. Fakat bu süreden önce sözleşme sonlandırılırsa iş güvencesi de ortadan kalkmış sayılmaktadır. 2004 senesinin Kasım ayında kabul edilen 5258 sayılı Kanunla ülkemizde aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir. Bu uygulama ile bu sistemde çalışacak personel sözleşmeli olarak çalıştırılmaya başlanmıştır. Aile hekimlerinin sözleşme süreleri mali yıl ile sınırlandırılmıştır.

2006 Temmuz ayında kabul edilen 5538 sayılı Kanun'un 18. Maddesinin b fıkrasıyla İş Kanunu'nun 81. Maddesinin son fıkrasına ekleme yapılmıştır. Bu kanun maddesinde işyeri hekimliği kamu kurumlarında görev yapan hekimlere bu husustaki eğitimleri almaları koşuluyla iş yeri hekimliği hizmetlerini de görevlerinin haricinde de yapabilmeleri yönünde olanak tanınmıştır.

### **7.3.1 Zorunlu Hizmete İlişkin Hükümler**

369 sayılı İttibânın Hizmet-i Mecbûresi Hakkında Kanun ile tıp fakültesi mezunlarına iki yıl süreyle zorunlu hizmet uygulanmıştır.<sup>1</sup> 1219 sayılı yasa uyarınca bu iki yıl boyunca hekimlerin diplomaları alıkonularak zorunlu hizmeti tamamlamadan kamu haricinde bir başka yerde çalışmalarına izin verilmemiştir. 1932 senesinde uygulamaya konulan “1932'den itibaren Tıp Fakültesinden Neş'et Edecek Tabiplerin Mecburi Hizmetlerinin Lağvı ve Leyli Tıp Talebe Yurduna Alınan Tıp Talebesinin Tabi Olacakları Mecburiyetler Kanunu” ile 1932 senesinden önce İstanbul Tıp Fakültesinden veya yabancı üniversitelerden mezun olan tabiplerin zorunlu hizmeti 1 seneye düşürülmüştür<sup>2</sup>. Kanun'un kabulünden sonra mezun olacaklar yönünden ise zorunlu hizmet kaldırılmıştır.

---

<sup>1</sup> 18 Kasım 1923 tarih ve 43 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren 369 sayılı “İttibânın Hizmet-i Mecbûresi Hakkında Kanun”.

<sup>2</sup> 9 Haziran 1932 tarih ve 2120 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren 2000 sayılı “1932 Senesinden İtibaren Tıp Fakültesinden Neşet Edecek Tabiplerin Mecburi Hizmetlerinin Lağvı ve Leyli Tıp Talebe Yurduna Alınan Tıp Talebesinin Tâbi Olacakları Mecburiyetler Hakkında Kanun”.

Ancak 1237 sayılı Meccani Leyli Talebenin Mecburi Hizmetlerine Dair Kanunun yüklediği zorunlu hizmetler istisna tutulmuştur<sup>1</sup>. Bu kişiler bakımından zorunlu hizmetini yerine getirmeyenler için tazminat öngörülmüş, ödemeyenlerin resmi ya da özel hiçbir kuruluştaki istihdam edilemeyecekleri, serbest hekimlik icrasından da yasaklı oldukları düzenlenmiştir.

2514 sayılı yasayla Türk Silahlı Kuvvetleri ve Adli Tıp Kurumunda çalışan hekimler hariç olmak üzere, pratisyen ve uzman hekimlere devlet hizmeti yükümlülüğü bir kez daha getirilmiştir<sup>2</sup>. 2514 Sayılı Yasa 1995 yılına kadar hekimlere uygulanmıştır. 548 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile eklenen geçici 4. madde ile zorunlu hizmet yükümlülüğünün pratisyen hekimler için beş yıl süreyle uygulanmayacağı, uzman tabiplerin ise gerekirse kapsam dışı tutulmasına Sağlık Bakanlığı'nın teklifi üzerine Bakanlar Kurulu'nun yetkili olduğu belirtilmiştir. Bu süre içinde uzman hekimler de devlet hizmeti yükümlülüğünün kapsamı dışında tutulmuşlardır.

Haziran 2000 senesinde uygulamaya konulan 4576 sayılı Yasa ile 2514 sayılı Yasaya eklenen geçici 3. madde ile devlet hizmeti yükümlülüğünün 27.03.2000 tarihinden itibaren iki yıl süre ile pratisyen ve uzman hekimlere uygulanmayacağı hükmü altına alınmıştır. Yine aynı geçici 3. maddenin 2. fıkrası ile 2514 sayılı Kanun hükümlerinin (devlet hizmeti yükümlülüğünün uygulanmasının ertelenmesine dair hükümleri de dahil olmak üzere) uygulama süresinin uzatılmasına ya da iki yıllık süre içinde hekimlerin kapsam içine alınmasına Sağlık Bakanlığı'nın teklifi üzerine Bakanlar Kurulu yetkili kılınmıştır. Uygulanmasının ertelenmesine dair karar alınmadığı için 27.03.2002 tarihinden itibaren devlet hizmeti yükümlülüğü uygulaması tekrar yürürlüğe girmiştir. Ancak fiilen yasaya dayalı zorunlu hizmet atamaları yapılmamıştır. 1981 senesinde kabul edilen ve 1995 yılından itibaren fiili olarak uygulanmayan Devlet Hizmeti Yükümlülüğüne ilişkin 2514 sayılı Yasa, 4924 sayılı Yasayla hükümsüz kılınmıştır.

---

<sup>1</sup> 27 Şubat 1928 tarih ve 888 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren 1237 sayılı "Meccânî Leylî Talebenin Mecbûrî Hizmetlerine Dair Kanun".

<sup>2</sup> 25 Ağustos 1981 tarih ve 17439 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren 2514 sayılı "Bazı Sağlık Personelinin Devlet Hizmeti Yükümlülüğüne Dair Kanun".

5371 sayılı Yasayla 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'na eklenen maddelerle zorunlu hizmet, iki yıl aradan sonra yeniden getirilmiştir<sup>1</sup>. Böylece doktor unvanıyla Tıp Fakültelerinden mezun olan ya da uzmanlık eğitimi alan bir hekim şayet üç yüz ila altı yüz gün arasında değişebilen zorunlu hizmetlerini yerine getirmezlerse yasa uyarınca ne kamu ne de özel herhangi bir sağlık kurumunda çalışmaları Bakanlık tarafından diplomaları alıkonulmak suretiyle engellenmiştir. 2005 senesinde yeniden uygulamaya konulan 3359 sayılı Yasayla ve daha sonra pek çok kez maddeleri değiştirilen Atama Yönetmeliğiyle doktorlar için bazı sıkıntılar da ortaya çıkmıştır. Örneğin bu zorunlu çalışmada şayet hekim evliyse evlilik durumunu gözeterek bir atamaya tabi tutulmamıştır. Üstelik zorunlu hizmeti sonlandığında aile birliğini gözeterek bir uygulama da güvence altına alınmamıştır. Bu durumun hekim için motivasyon ve moral kaybına neden olacağı açıktır.

### 7.3.2. Ücret ve Ek Ödemelere İlişkin Hükümler

Sağlık kurumlarında görevlendirilen hekim ve diğer personele esas ücretlendirme yöntemi olarak aylık maaş ödemesi kabul edilmiştir. Ancak çok sayıda düzenleme ile farklı ücretlendirme yöntemleri de uygulanmış ve geliştirilmiştir. Ocak 1961 senesinde sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesiyle ilgili uygulamaya konulan 224 sayılı Kanunla sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde, kadro açığı olan hizmetlerde sağlık personeli sözleşmeli olarak çalışabilecektir. Bu bölgelerde çalışacak sağlık personelinin hizmet edeceği süre, ücret seviyesi, hizmet ettikleri bölgelerdeki mahrumiyet şartları, ifa ettikleri görevin ağırlığı ve önemi belirlenir.<sup>2</sup> Bu kriterleri göz önüne alan Sağlık Bakanlığı, Devlet Personel Dairesinin belirlediği yasal esaslara göre ücretin ödenmesi amacıyla Bakanlar Kurulu'na sunar.

Ocak 1961 senesinde uygulamaya konulan 209 sayılı Kanunla döner sermaye işlerinde görevli olmayan kurum personeline mesai ücreti verilmesi kararlaştırılmıştır. Bu personel yatan hastalar için mesai saatleri dışında hizmet etmeye devam edecek olursa, bu çalışmalarının mahiyeti ve süresi göz önünde tutularak bir saatlik ça-

<sup>1</sup> 5 Temmuz 2005 tarih ve 25866 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren 5371 sayılı "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun, Devlet Memurları Kanunu ve Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun ile Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun".

<sup>2</sup> 12 Ocak 1961 tarih ve 10705 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun".

lışmaya denk gelen miktarı personelin saat ücretinin bir mislini geçmeyecek şekilde fazla mesai ücreti alabilmektedir.<sup>1</sup> Nöbet parası olarak da bilinen bu uygulama halen devam etmektedir.

229 sayılı Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Öğretim ve Araştırma Hastanelerinde Çalışan Asistan ve Başasistan Doktorlara Tazminat Verilmesi Hakkında Kanun'un 1. maddesinde, “Sağlık Bakanlığı ve Vakıflar Genel Müdürlüğüne bağli öğretim ve araştırma hastanelerinde çalışan asistanlara her ay maaşlarından ayrı olarak 200 lira tazminat ödeneceğı düzenlenmiştir.<sup>2</sup> Buralarda görev yapan başasistanların ise 1. madde hükmünden faydalanmaları, muayenehane açmamaları koşuluna bağlanmıştır.”

1964 tarihinde 472 sayılı “Sağlık Bakanlığı Teşkilatında Çalışmakta Olup Hususiyet Arz Eden Yer ve Hizmetlerde Görevlendirilen Sağlık Personeline Ek Ödenek Verilmesine Dair Kanun” yürürlüğe konulmuştur.<sup>3</sup> Buna göre “Sağlık Bakanlığı teşkilatında ve Hıfzısıhha Enstitüsünde çalışan hekimlerden coğrafi, iktisadi ve içtimai sebeplerle özel durumda olduğı Bakanlar Kurulu'nca kabul edilen yer veya hizmetlerde sürekli görevde bulunanlara, her ay maaşlarından ayrı olarak 1000 liraya kadar Bakanlar Kurulu'nca belirtilecek esaslar dairesinde ödenek verilmesi düzenlenmiştir.”

17.07.1964 tarihli ve 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu'nun 118. maddesi 1965 yılında değıştirilmiştir<sup>4</sup>. Değışikliğe neden olan 672 sayılı bu kanunla birlikte, 1 yıl içinde 7500'den fazla hasta muayenesi yapan kurum hekimleri şayet bu sayının üzerinde hasta muayene ederlerse, her muayene için, tüzükle belirlenecek miktar ölçüsünde prim alacaktır. Aynı şekilde acil vakalar için mesai saatleri haricinde sağlık kurumuna çağrılan hekimler, nöbet tutan poliklinik hekimler, hastane uzmanları-

<sup>1</sup> Bkz. 9 Ocak 1961 tarih ve 10702 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren 209 sayılı “Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına Bağli Sağlık Kuramları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun”.

<sup>2</sup> Bkz. 24 Mayıs 1963 tarih ve 11411 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren 229 sayılı “Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına Bağli Öğretim ve Araştırma Hastanelerinde Çalışan Asistan ve Başasistan Doktorlara, Tazminat Verilmesi Hakkında Kanun”.

<sup>3</sup> Bkz. 25 Mayıs 1964 tarih ve 11711 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren 472 sayılı “Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilâtında Çalışmakta Olup Hususiyet Arzeden Yer ve Hizmetlerde Görevlendirilen Sağlık Personeline Ödenek Verilmesine Dair Kanun”.

<sup>4</sup> 24 Temmuz 1965 tarih ve 12057 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren 672 sayılı “506 Sayılı Kanunun 118. Maddesinin Değıştirilmesine Dair Kanun”.

nın yanı sıra yataklı tesislerde ve laboratuvarlarda çalışan uzman hekimler de esas ve miktarları tüzükle belirlenecek miktar ölçüsünde tazminat alma hakkına sahiptirler.<sup>1</sup> Performans ve motivasyonu artırmak amacıyla çıkan bu yasa hekimlerin gelir düzeyini artırarak hekimleri daha fazla çalışmaya sevk etmiştir.

1965 yılında 209 sayılı kanuna bazı maddelerin eklenmesine ve değiştirilmesine dair 641 sayılı Yasa çıkarılmıştır.<sup>2</sup> Burada Sağlık Bakanlığı'nca tayin edilecek döner sermayeli kurum ve hastanelerde görev yapan asistanlar hariç hekim ve diğer sağlık personeline, her ay maaşlarına ek olarak döner sermaye gelirlerinden bir tazminat verilmesi kararına varılmıştır. Tazminat alan personele 209 sayılı Kanuna göre fazla mesai ücreti ödemesi ortadan kaldırılmıştır. Diğer taraftan bu yasayla tam gün esasına göre eğitim öğretim hastanelerinde ve kurumlarında Bakanlar Kurulu Kararıyla sözleşmeli olarak çalıştırılacak hekimin ücret ve çalışma şartlarının sözleşme hükümlerine bağlı olduğu düzenlenerek tam bir serbestlik tanınmıştır.

11.04.1968 tarihinde 1044 sayılı Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesinde Görevli Öğretim Üyeleri İle Yardımcılarına ve Tıp Personeline Döner Sermayeden Ödenek ve Prim Verilmesi Hakkında yasa adında daha özel bir düzenleme yapılmıştır.<sup>3</sup> Buna göre “döner sermaye ile işletilen kürsü, enstitü ve laboratuvarlar ile sadece öğretim ve araştırma yapan kürsü ile laboratuvarlarda görevli öğretim üyelerine ve öğretim yardımcılara, serbest olarak çalışmamaları kaydıyla aylık ve üniversite tazminatlarından ayrı olarak, emekliliğe esas olan aylık tutarlarını geçmemek üzere döner sermaye gelirlerinden ek ödenek verilmesi” düzenlenmiştir. Aynı Yasada, fakültenin döner sermaye ile işletilen kürsü, enstitü ve laboratuvarları ile sadece öğretim ve araştırma yapan kürsü, enstitü ve laboratuvarlarında normal mesai saatleri dışında çalışan öğretim üyeleri ile yardımcı tıp personeline prim ödeneceği de bu düzenlemede yer almıştır.

<sup>1</sup> Bkz. 24 Temmuz 1965 tarih ve 12057 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren 672 sayılı “506 Sayılı Kanunun 118 İnci Maddesinin Değiştirilmesine Dair Kanun”.

<sup>2</sup> Bkz. 16 Temmuz 1965 tarih ve 12041 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren 641 sayılı “Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumlarıyla Esenleştirme Rehabilitasyon Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkındaki 209 Sayılı Kanuna Bazı Maddeler Eklenmesine ve Bazı Maddelerinin Değiştirilmesine Dair Kanun”.

<sup>3</sup> Bkz. 22 Nisan 1968 tarih ve 12881 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren 1044 sayılı “Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesinde Görevli Öğretim Üyeleri ile Yardımcılarına ve Tıp Personeline Döner Sermayeden Ödenek ve Prim Verilmesi Hakkında Kanun”.

29.06.1978 tarih ve 2162 sayılı Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun'da hekimlere ve diğer sağlık personeline, aylıklarına ek olarak yasada belirtilmiş sınır içinde kalmak kaydıyla aylık tazminat verilmesi öngörülmüştür. Ayrıca sağlık hizmeti sunumu yapan çalışanlara aylık maaşlarından ve de meslek tazminatlarından ayrı olacak şekilde ve 657 sayılı kanunda belirtilen mahrumiyet yeri ödeneği almamak koşuluyla bazı yeni düzenlemeler de getirilmiştir. Çalışanın lehine uygulanan bu kararlarla hizmetin gereği ve mahrumiyet koşulları dikkate alınmak suretiyle elde edebilecekleri meslek tazminat üst sınırının 3 mislini aşmamak koşuluyla "mahrumiyet yeri ve hizmet niteliği tazminatı" ödenebileceği de düzenlenmiştir. Bir başka maddede Yasanın kapsamında sağlık hizmeti sunumu yapan sağlık çalışanlarının acil hastalar için sağlık kurumuna çağrılanlara ayrıca nöbet tutanlara tazminat ödenmesinden söz edilmekle beraber, bunun usul ve esasları daha sonra hazırlanacak bir Yönetmeliğe bırakılmıştır. 2162 sayılı bu yasa, döner sermayeye ilişkin 209 sayılı Kanunu değiştiren 641 sayılı kanunu, 224 sayılı yasanın personelle ilgili mali hükümlerini ve sosyal Sigortalar Kanunu'nun belirli sayının üzerinde poliklinik yapan hekimlere prim ödenmesini düzenleyen hükmünü de yürürlükten kaldırmıştır. Bu yasayla sağlık personelinin haftalık çalışma süresi 45 saate çıkarılmıştır.

Aralık 1980 tarihli 2368 sayılı Yasanın 1. maddesinde, sağlık personeline yapılacak yardımı, çalıştığı bölgenin mahrumiyeti, yapmış olduğu işin risk seviyesi ve güçlüğü ile hak edilen aylık ödeneği ödenmesi öngörülmüştür.<sup>1</sup> Bir sağlık çalışanının 1980 yılının son ayında mevcut aldıkları aylık ve diğer ödemelerle 2162 sayılı Kanun uyarınca (acil vaka ve nöbet hizmetleri dışında) aldığı tazminatların net olarak ele geçen toplamı, yukarıdaki bahsedilen madde uyarınca elde edilecek miktardan fazla olursa aradaki fark bu personele tazminat olarak ödeneceği de aynı maddede belirtilmiştir.

209 sayılı Kanun'da, Mart 2006 senesinde 5471 sayılı Kanunla yapılan bazı düzenlemelerle Bakanlığa bağlı kurumlarda sağlık sunumu hizmeti veren çalışanların kuruma sundukları katkıya bir diğer değişle performanslarına bakılarak ödenen ek

---

<sup>1</sup> Bkz. 31 Aralık 1980 tarih ve 17207 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren 2368 "Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun".

ödemelerinde oranlar arttırılmıştır<sup>1</sup>. Performansa dayalı ek ücret alan doktorların yaptıkları iş aynı olsa dahi şayet farklı kurumların personeli olarak çalışıyorlarsa aldıkları ek ödemede farklılıklar olabilmektedir. Böyle bir durumda doktorların aynı işi yapmalarına karşın moral bozabilecek bir ölçüde ek ödemelerde farklılıklar olması doktor üzerinde motivasyon kaybına neden olabilir. Ayrıca tüm sağlık çalışanlarına döner sermayeden yapılan bu ek ödemeler hiçbir şekilde ne emekli ikramiyelerine ne de emekli maaşlarına ne de başkaca sahip oldukları özlük haklarına bir katkı sunmamaktadır. Böyle bir durumda sağlık çalışanları önlerine kazançlı bir fırsat çıkmadıkça ya da bir sağlık sorunuyla karşılaşmadıkça emekli olmayı düşünseler dahi arzulamayacakları düşünülebilir.

10 Temmuz 2003 tarihinde kabul edilen 4924 sayılı Kanun kapsamında Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kuruluşlarında sözleşmeli olarak çalıştırılan hekimlere 657 sayılı Kanunun 4 üncü maddesinin (B) bendine göre nasıl ücret ödenmesi gerektiği belirlenmiştir. Aynı kanunun 4. Maddesi B bendine göre sözleşmeli olarak çalışan hekimler, çalışanlar için uygulanmakta olan tavan ücretin iki buçuk katını aşmayacak şekilde, ekli (2) sayılı cetvelde belirtilen pozisyon unvanları için belirlenmiş bulunan tavan ve taban ücretleri arasındaki oranlar üzerinden hesaplanan miktarlarda aylık ücret ödemesi alırlar.<sup>2</sup> Bu kanunla kadrolu memur ataması yerine kamusal sağlık hizmeti satın alma yoluna başvurulmuştur.

24 Kasım 2004 tarihinde kabul edilen 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun ile Sözleşme yapılan aile hekimlerine ödenecek ücret 657 sayılı Kanunun 4 üncü maddesinin (B) bendine göre belirlenmiştir. Aile Hekimiyle yapılan sözleşmeye göre en yüksek brüt ücreti aşmayacak bir şekilde aile hekimi için en fazla 6 katın üzerine çıkmayacak bir hespla belirlenecek parasal miktarın, çalışan ay sonuçlarının ilgili sağlık birimine bildiriminden itibaren on beş gün içinde aile hekimine ödeneceği belirtilmiştir. Aile hekiminin mali hakları Kanunun 3. Maddeyle yeniden düzenlenmiştir. Dolayısıyla aile hekimine yapılacak ödemelerde birta-

---

<sup>1</sup> 11 Mart 2006 tarih ve 26105 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren 5471 sayılı "Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun ile 2006 Yılı Merkezî Yönetim Bütçe Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun".

<sup>2</sup> 24 Temmuz 2003 tarih ve 25178 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren 4924 sayılı "Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun".

kım kriterler mevcuttur. Ayrıca aile hekiminin uzmanlık eğitimini alıp almadığı yapılacak ödeme tutarlarında belirleyici olmaktadır.

Aile Hekimlerinin alacağı ücreti, hizmet verdiği bölgenin sosyal ve ekonomik gelişme düzeyi, çalıştığı sağlık merkezinin giderleri, aile hekimine bağlı kişi sayısı, evde verdikleri sağlık hizmeti sunumu, hastalık risk grupları, sağlık hizmeti sunumu için harcadığı malzeme giderleri ile aile hekimince karşılanmayan giderler belirlemektedir. Sağlık Bakanlığı'nca belirlenen standartlara göre, aile hekiminin koruyucu hekimlik hizmetlerinde yapacağı hatalı ya da eksik işlemleri, bir üst sağlık kuruluşuna sevk ettiği hasta sayısındaki yüksek oran nedeniyle alacağı brüt maaşın % 20'sine kadar kesinti yapılabilir. Diğer hizmetlerden Damga Vergisi dışında herhangi bir ad altında ücret kesintisi yapılamaz.

## İKİNCİ BÖLÜM

### TAM GÜN YASASI ve SAĞLIK HİZMETİ İŞLEYİŞİNE ETKİSİ

#### 1. Sağlıkta Tam Gün Çalışmayla İlgili Yapılan Çalışmalar

Tam Gün Yasası olarak bilinen bu kanun esasen yeni değildir. İlk olarak 1978 yılında Bülent Ecevit hükümeti döneminde 2162 sayılı “Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Yasa” ile uygulanmıştır. Yasada kamu sağlık personeline tam süre ile çalışma ve ücret artışı getirilirken, beraberinde sağlık personelinin kamu kurumları dışında mesleklerini serbest olarak yapamayacakları yönünde düzenleme de yapılmıştır. Buna ek olarak aynı yasayla sağlık çalışanlarının ücretleri maaşlarının yaklaşık üç katı kadar arttırılmıştır. Fakat bu düzenleme uzun sürmemiş 1980 yılı 31 Aralıkta 17207 sayılı Resmi Gazete’de 2368 sayılı “Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Yasa” yayımlanarak Tam Süre ile Çalışma uygulamadan kaldırılmıştır. Buna karşılık 2368 sayılı yasayla, serbest çalışma hakkını elde eden sağlık hizmetleri personeline, kamu kurum ve kuruluşları haricinde de mesleklerini serbest olarak ifa etmeleri amacıyla kısmî zamanlı olarak iş yapma hakkı tanınmış, buna karşılık tazminat hakkından yararlanan personelin serbest olarak mesleklerini ifa edemeyecekleri kabul edilmiştir.

15.05.1987’de 19461 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren 3359 sayılı “Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu” ile sağlık işletmesine dönüştürülen sağlık kurumlarında görevli olan ve mesleklerini serbest olarak ifa etmeyen hekimlere, çalıştığı kurum yönetimi tarafınca uygun görülmesi halinde mesai haricinde, kurumunda teşhis ve tedavi yapabilmelerine olanak tanınmıştır. 2003 yılında kabul edilen 4924 sayılı Kanun ve 2004 yılında kabul edilen 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun kapsamında istihdam edilen sözleşmeli hekimlerin de kamu görevi dışında hekimlik yapmaları yasaklanmıştır.

Sağlık Bakanlığı'nın 1 Temmuz 2003 tarihinde başlattığı ve 2003 yılı Aralık ayında kamuoyuna duyurduğu Sağlıkta Dönüşüm Projesinde sağlık çalışanı "bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insangücü" olarak tanım-

lanmıştır<sup>1</sup>. Son zamanlarda gündemde olan ve 30 Ocak 2010 tarih ve 27478 sayılı Resmi Gazete’de “Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun” adıyla yayımlanarak yürürlüğe giren ve halk arasında “Tam Gün Yasası” olarak da bilinen 5947 sayılı Kanundur.

Bu yasa iki başlıkta toplanabilir. İlki, üniversitede çalışan öğretim üyeleriyle kamuda çalışan hekimlerin özel bir sağlık kuruluşunda ya da kendilerine ait özel muayenehanelerinde çalışamayacaklarıyla ilgilidir.<sup>2</sup> Böylece yasa, hekimleri kamuyu ya da özeli seçmeye zorlamıştır. İkincisi üniversitede çalışan hoca ve kamuda çalışan hekimin kamuyu tercih etmesi amacıyla ek ödemelerinde yapılacak iyileştirmeye ilgilidir. Dolayısıyla “Tam Gün Çalışma”yla, kamuda ve üniversite hastanelerinde hoca olarak görev yapan hekimlerin özel muayenehaneler ve de özel sağlık kuruluşlarıyla olan organik bağının kesilmesi anlaşılmaktadır.

Yasanın yürürlüğe girmesiyle birlikte üniversitelerde çalışan pek çok hoca ve kamuda çalışan çok sayıda özellikle uzman hekimler bulundukları kamu kurumundan ayrılarak özel hastaneleri tercih etmişlerdir. Ancak Anayasa Mahkemesi, üniversitede görevli öğretim elemanlarını kanun kapsamına çıkartarak öğretim üyelerinin başka özel bir kurumda çalışamayacakları yönündeki ilgili maddeyi iptal etmiştir<sup>3</sup>. Anayasa Mahkemesi’nin bu kararı 04.12.2010 tarih ve 27775 sayılı Resmi Gazete’de ilan edilerek uygulamaya konulmuştur. Böylece 2547 sayılı Kanun<sup>4</sup>, 5947 sayılı Yasanın 3. maddesi ile değiştirilerek yeniden düzenlen 36. maddesinin ikinci fıkrası iptal edilmek suretiyle üniversite hocalarının özelde çalışmasıyla ilgili engel ortadan kalkmıştır. Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilen yasanın karar gerekçesinde; üniversiteleri bilimsel faaliyetlerin yürütüldüğü özerk kurumlar olarak değerlendirildikten sonra burada bilimsel faaliyetler yürüten öğretim üyelerinin de kanun kapsamına alınmasının Anayasanın 130. maddesine aykırı olduğuna hükmetmiştir. Buna karşılık kamuda çalışan hekimlerin mesai sonrası özel herhangi bir iş yapmaları önündeki yasak aynen devam etmiştir.

<sup>1</sup> Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta İnsan Kaynakları ve Politika Oluşturma Çalıştay, Sağlık Bakanlığı Yayın No 718, Ankara, 2007, s. 17.

<sup>2</sup> Bkz. 5947 Sayılı Yasa, Madde 3 ve 7; Bkz. EK 3.

<sup>3</sup> Anayasa Mahkemesi’nin 16.07.2010 tarih ve 2010/90 sayılı kararı.

<sup>4</sup> 16.11.1981 tarih ve 17506 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren “Yükseköğretim Kanunu”

Anayasa Mahkemesi'nin aldığı bu karardan 1 yıl sonra, 2011 yılında Bakanlar Kurulu Kararı ile çıkartılan 650 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname, 26.08. 2011 tarih ve 28037 sayı ile Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.<sup>1</sup> Bu kararnamenin 38. maddesi, 657 sayılı Kanunun 28. maddesinin 1. fıkrasıyla ilgilidir. Bu fıkra da memurların ek bir işte çalışamayacakları hükme bağlanmıştır.

657 sayılı Devlet Memurları Kanununa yapılan bu eklemeye 5947 sayılı Tam Gün Yasası güçlendirilmiş olmasına karşın üniversitede ve kamu hastanelerinde çalışan kalifiyeli hekimlerin özel sektöre gidişi hızlanmıştır. Örneğin Kanun Hükmünde Kararname'nin yayımlandığı 2011 senesinde beş yüze yakın öğretim üyesinin bulunduğu Ege Üniversitesi'nde yaklaşık yüz kadar tıp fakültesi bilim insanının muayehanesi bulunmaktaydı. Kararnameyle birlikte muayehanesi olan 20'ye yakın bilim insanı ücretsiz yıllık izine ayrılmıştır. Yine İzmir'de kurulan Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'nde de Ege Üniversitesi'nde yaşanan benzer olay vuku bulmuştur<sup>2</sup>. Burada bulunan yaklaşık 60'a yakın bilim insanı da ücretsiz senelik izne ayrılmışlardır.

Diğer taraftan Cumhuriyet Halk Partisi kanunların “önemli, ivedi ve zorunlu” haller dışında Kanun Hükmünde Kararname'lerle değiştirilemeyeceğini öne sürmüş ve 650 sayılı Kanun Hükmünde Kararname'nin iptali için Anayasa Mahkemesi'ne dava açmış ve mahkeme 650 sayılı Kanun Hükmünde Kararname'nin 27 maddesini iptal etmiştir. 650 sayılı Kanun Hükmünde Kararname'nin iptal edilen maddelerinden altısı hekimlerin çalışmasına getirilen düzenlemelerle ilgilidir. İptal edilen bu maddeler 36, 37, 38, 39, 40 ve 41. maddelerdir. Arta kalan 21 madde Sayıştay, Adli ve İdari Yargıda çalışmaya ara verme sürelerinin değiştirilmesi, yargı personelinin izin kullanması, ceza ve tutukevlerinde görevli personelin hizmet öncesi ve hizmet içi eğitimleri, tutuklu ve hükümlülerin heyetler tarafından ziyaretiyle alakalıdır. Anayasa Mahkemesi iptal gerekçesini memurlarla ilgili yapılan düzenlemelerin Kanun Hükmünde Kararnamelerle yapılamayacağına dayandırmıştır. Mahkemenin verdiği bu karar 01.01.2013 tarih ve 28515 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Diğer yandan Türkiye Cumhuriyeti hukuk düzeninde iptal edilen

---

<sup>1</sup>Bkz. EK 4.

<sup>2</sup> 31 Temmuz 2013 tarihli Radikal Gazetesi, “Tam gün çöktü: Hoca amaliyathaneye” başlıklı haberi. ...., [http://www.radikal.com.tr/turkiye/tam\\_gun\\_coktu\\_hoca\\_ameliyathaneye-1144247](http://www.radikal.com.tr/turkiye/tam_gun_coktu_hoca_ameliyathaneye-1144247), (31.07.2013).

yasa hükümleri yerine varsa önceki düzenlemelerin yürürlüğe gireceği yönünde bir kaide bulunmamaktadır.

Anayasanın 153. maddesinde yasaya uygun olmadığı anlaşılan kanunların iptali ile yaşanabilecek kaotik durumla ilgili hüküm mevcuttur<sup>1</sup>. Bu hükme göre iptal edilen yasanın yerine yeni bir kanun ya da yeni bir madde için Anayasa Mahkemesi'nin iptal hükmünün yürürlüğünü bir yıla kadar uzatabilmektedir. Anayasa'nın bu maddesine dayanan Anayasa Mahkemesi de 650 sayılı Kanun Hükmünde Kararname'nin 27 maddesi için verdiği iptal kararını Resmi Gazete yayınlanmasından altı ay sonra yürürlüğe girmesi hususunda karar almıştır. Böylece Anayasa Mahkemesi, verdiği iptal kararının uygulamaya gireceği tarihi 2013 senesinin 1 Temmuz'una kadar ertelemiştir. Yukarıda belirtilen yasal süreçler 5947 Sayılı yasanın temel taşlarını oluşturan hocaların üniversitede ve hekimlerin kamuda tam süre çalışmasını sağlayan maddeler iptal edildiğinden yeni bir düzenlemeye ihtiyaç duyulmaktadır. Fakat 1 Temmuz 2013 tarihine kadar, mevcut hükümet yeni bir düzenleme yapmadığı için üniversitelerde öğretim üyesi olarak çalışan hocaların özel muayehanelerinde çalışmaları önünde bir engel kalmamıştır. 5947 sayılı kanunla daha önce özel bir muayehaneye sahip Tıp Fakültelerinde görev yapan bilim insanları, bu yasayla birlikte sadece çalıştıkları kurumda eğitim faaliyetinde bulunabiliyordu. Yasadaki maddeler ve Kanun Hükmündeki Kararnameler bilim insanlarının lehine iptal edildikçe onların da özelde çalışmaları yönündeki engellerde kalkmış oldu. Artık Tıp Fakültelerinde görev yapan bilim insanları üniversitelerde hasta bakabilecekleri gibi kendi muayenelerinde ya da özel bir sağlık kurumunda çalışabilecekler hatta burada ameliyat da yapabileceklerdir. Tüm bunlara ek olarak performans uygulamasıyla ek ücret de alabileceklerdir. 1 Temmuz 2013 tarihi itibarıyla kanunda yeni düzenleme yapılmaması üzerine Yüksek Öğretim Kurumu (YÖK) üniversitelere bu konuyla ilgili bir yazı göndermiştir.<sup>2</sup> Yazıda Anayasa Mahkemesinin 650 sayılı Kanun Hükmündeki Kararname'yle ilgili verdiği iptal kararı uyarınca 2013 yılı Temmuz 1'e kadar yeni bir yasal düzenleme yapılmadığına atıfta bulunmuş bundan dolayı ücretsiz senelik izne ayrılan bilim insanlarının izinleri bitmese dahi üniversite-

<sup>1</sup> Türkiye Cumhuriyeti Anayasası ... <http://www.tbmm.gov.tr/anayasa.htm>

<sup>2</sup> 31 Temmuz 2013 tarihli Radikal Gazetesi, "Tam gün çöktü: Hoca ameliyathaneye" başlıklı haberi. ...., [http://www.radikal.com.tr/turkiye/tam\\_gun\\_coktu\\_hoca\\_ameliyathaneye-1144247](http://www.radikal.com.tr/turkiye/tam_gun_coktu_hoca_ameliyathaneye-1144247), (31.07.2013).

lere döndürülmesini istemiştir. Bu yazıyla birlikte üniversiteler, izin süreleri henüz sonlanmayan bilim insanlarını görevlerine çağırmaya başlamıştır.

1 Temmuz 2013'e kadar Tam Gün Yasası'nda yapılması beklenen düzenleme ancak 2 Ocak 2014 tarihinde TBMM'de kabul edilen 6514 sayılı yasa ile yapılabilmektedir.<sup>1</sup> Bu yasayla Kamu Hastaneleri genel sekreterleri, başkan ve yöneticileri sağlık bakanıyla sözleşme yaparak görevlerine atanacaklardır. Kamu hastaneleri, TSK hastaneleri, Üniversite Hastaneleri de sözleşmeli öğretim üyesi istihdam edilecektir. Kamu hastanelerine sözleşmeli olarak geçecek öğretim üyelerinin tüm özlük ve akademik ünvanları üniversite de çalışıyormuş gibi devam edecektir. Bununla beraber profesör ve doçentler toplam sayılarının %50'sini geçmemek şartıyla mesai saatleri dışında özel hastane ve vakıf hastanelerinde kurum sözleşmesi yaparak çalışabileceklerdir. Bu madde ile doktorun emeğinden elde edilen gelir, çalıştığı kamu kurumu veya üniversite arasında paylaşılacaktır. Bu yasada üniversite rektör ve yardımcısına, dekan ve yardımcısına yönetici payı olarak ek ödemeler döner sermayeden yapılmasına karar verilmiştir. Kamuda çalışan memurlar ofis, muayehane, büro benzeri yerler açamaz herhangi bir işyerinde çalışamaz, yalnızca yardım sandıklarında, insani ve sosyal amaçlı derneklerde, kurumlarına bildirerek çalışmalarda bulunabilirler. Mesai dışı kurumda çalışma ise 5510 sayılı Kanuna göre ödeme oranları düzenlenerek devam edecektir. Sağlık personeline 663 sayılı KHK ile belirlenen ikamet şartı kaldırılmış yerine icabet şartı getirilmiştir. Sağlık personeli mesai şartları dışında ikamet şartı aranmaksızın istenilen sağlık kurumuna çağrılacaktır. Bu torba yasada GATA da çalışan öğretim elemanları da tam gün uygulaması içine alınmıştır. Fakat sözleşmeli çalışma serbestisine ise izin verilmiştir. Türk Silahlı Kuvvetleri personeline, yasa ilk uygulanmaya başladığında belirlenen sağlık hizmetleri tazminat oranlarında 100 puan artış yapılmıştır. Torba Yasayla birlikte sünnetçilik yalnızca tabiplerce yapılacaktır. Daha önce kamuda çalışanlara yasaklanan işyeri hekimliği yeniden düzenlenerek yöneticilik görevi olmayan hekimlere tekrar aylık 30 saate kadar özel sektörde iş yeri hekimliği yapmalarına izin verilmiştir. Tam gün yasasında ülkenin hekim ihtiyacı doğrultusunda yabancı hekim çalıştırılmasına izin verilmiş, Sağlık Bakanı Yunanistan'da iş arayan hekimlere çağrıda bulunmuş ve Türkiye'ye davet

---

<sup>1</sup> 18 Ocak 2014 tarih ve 28886 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren 6514 sayılı "Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname İle Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun"

etmiştir. Bu torba yasayla uzmanlık eğitimi almak için ülkemize gelen hekimlere çalıştıkları hastane döner sermayesinden ödeme yapılması kesinlik kazanmıştır. Torba yasada Aile Hekimliği uygulaması kanununa ek yapılarak aile hekimleri TUS sınavı sonucuna göre kazananların çalıştıkları yerden uzaktan eğitim şekliyle en az altı yılda tamamlamak üzere Aile Hekimi uzmanı olabilecekler. Tıpta uzmanlığın uzaktan eğitim şeklinde yapılması nitelikli aile hekimlerinin yetişmesine sağlayabilecek mi ya da insan sağlığı uygulamalı tıp eğitiminden yoksun yalnızca teoriyi geliştirip hasta görmeden sınavlarda başarılı olan aile hekimlerine mi emanet edileceği tartışma konusu olmuştur. Torba yasada yer alan diğer bir düzenleme ise olağanüstü durumlarda sağlık hizmetine ihtiyaç duyulduğunda; sağlık personeli gelene kadar ruhsatsız, yetkisiz kişilerin sağlık hizmeti vermesi yasaklanmış ve 1 yıldan 3 yıla kadar hapis ve para cezası verilmesi yasalaşmıştır. Bununla beraber bu tarz sağlık girişimlerini ancak TSK ve Emniyet personeline verilecek ilk yardım eğitimlerini başarıyla tamamlayanlara ruhsat verilmiştir. Çalıştığım hastanede birçok kez CPR eğitime katıldım. Bu eğitim solunumu ve kalbi duran kişiye yapılacak ilk müdahaledir. Eğitimi veren hoca Amerika’da billboardlarda suni solunum ve kalp masajını herkesin yapabileceğini, nasıl yapılacağını büyük puntolarla ve görsellerle halka eğitim verilerek öğretilmeye çalışıldığını anlatmıştı. Burada kaybedilecek 5 dakika hastanın ölümüne neden olacaktır. Fakat kazanılacak insanın yaşam hakkıdır. Bu tarz acil müdahalelerin vatandaşlar tarafından verilmesi Amerika da serbesttir. Türkiye’de hekimin bile ruhsatsız, gönüllü sağlık hizmeti vermesine sınırlamalar getirilmiş ve oluşabilecek şikâyet durumları savcı ve hâkimin insiyatifine bırakılmıştır. Yasada mevcut olan denetime tabi olan sağlıkla ilgili her türlü kayıt, bilgi ve işlemin incelenmesi için sağlık personeli yardım etmek ve bilgileri vermek zorundadır. Hukuken bir karar olmaksızın hasta ve diğer işlemler hakkında bilgi vermek zorunludur. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesine imza atan Ülkemiz bu uygulamalarla çelişmektedir.

6514 sayılı Yasada Sağlık meslek liselerine artık hemşire ve ebe kaydı yapılmayacak ve kayıtlar ön lisans seviyesine yükseltilmiştir, ancak sağlık meslek liselerine hemşire ve ebe yardımcısı, sağlık bakım teknisyenleri kayıt yaptırabilecektir. Acil servis, yoğun bakım, 112 de çalışan personelin nöbet ücretlerine %50 zam yapılması, tam gün yasasıyla performans ücreti alamayan yardımcı sağlık personeli

için bir teselli olmuştur. Halk sağlığı kurumunun çevre sağlığı hizmeti verirken alaçağı her türlü numunenin tahlil ve tetkik bedelleri kamu kuruluşlarının, ilgili belediye ya da il özel idarelerin su faturalarına yansıtılacaktır. Daha önce ücretsiz yapılan çevre sağlığı hizmetleri bu yasayla birlikte ücretlendirilmiştir. 6514 sayılı yasa ile ilaçların internetten satışı yasaklanmış olup ruhsatsız herhangi bir ürünün pazarlaması ve reklamı da engellenmiştir.

## **2. Tam Gün Yasa'sının Gerekçeleri**

1978 tarihli 2162 sayılı kanunun sağladığı malî haklar 2368 sayılı kanunla ortadan kaldırılmıştır. Diğer yandan 2368 sayılı kanunda kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan sağlık personelinin mağdur olmaması amacıyla hem kamuda ve hem de özelde sağlık personelinin çalışmasına müsaade edilmiştir. 2368 sayılı kanunun uygulanması ile hekimin tüm mesaisini kendi kurumuna harcamaması kamu hizmetlerinin layık olduğu şekilde sunulmasına engel olmuştur. Bu durum hasta ve yakınlarının memnuniyetsizliğine ve mağduriyetine neden olmuş, halk arasında aynı zamanda özel bir muayahaneye de sahip kamuda görevli hekime hasta gönderildiği söylentilerinin yayılarak artmasına sebebiyet vermiştir. Bu nedenle halk arasında kamu hastanelerine olan güven ve hekimlerin saygınlığı tartışılır hale gelmiştir. Sağlık Bakanlığı “Sağlıkta Dönüşüm Projesi” adı altında çıkardığı Tam Gün Yasası’nın çıkarılma ve uygulama gerekçelerini de tam da bu noktaya odaklamıştır. Bakanlık ayrıca Tam Gün Yasası’yla birlikte sağlık personeli ücretlerinde artış olacağı bu nedenle kamuda çalışan hekimin mesai sonrası özel muayahanede ya da özel bir sağlık kurumunda çalışmasına gerek kalmayacağı bu haliyle maddi temelli gerekçenin ortadan kalkacağını da savunmuştur.

Sağlık hizmetinin sunumu ile finansal kazancın keskin hatlarla çizildiği bu modelle kamu ve özel sektör arasında ayrımın minimuma indirilmesi hedeflenmiştir. Bunun doğal bir sonucu olarak da sağlık hizmeti sunumu yapan çalışanlar için özel sağlık kurumları bir istihdam kapısına dönüşeceği aşikârdır. Hâlihazırda hem kamu hem de özel sağlık kuruluşlarında çalışmakta olan hekimlerin devlete ait kurumlarda ya da özel sektöre ait sağlık kurumlarında çalışmaları hususunda karar vermeleri tercihe bağlanmıştır. Kamuda ve kamu dışında görev alan hekimlerin hizmet kusurları nedeniyle verdikleri zararlar yasada zorunlu sigorta ödemesiyle güvence altına alın-

masına karşın yardımcı sağlık personelinin hizmet kusurundan doğacak zararın tazminine ise yer verilmemiştir.

Bakanlığın savına göre Tam gün çalışma, mesai sonrasında da verilen hizmetle sağlık hizmetlerindeki verimi artıracaktır. Sağlıkta yapılacak bu dönüşümle sağlık kurumlarında görülen aşırı yoğunluk ve yığılmalar zamanla erimeye başlayacaktır. Böylece vatandaşların sağlık kurumlarından alacağı hizmet de daha kaliteli bir hale bürünecektir. Sağlık Bakanlığı yasanın ana hedefini, vatandaşın yüksek kalitede ve ulaşılabilir sağlık hizmetini kolayca alma üzerine kurmuştur. Bakanlığın bir başka öngörüsü de hekimlerin tüm gücünü hizmet ettikleri kuruma verecekleri böylece hizmette verimliliğin ve nitelikli hizmetin dolaylı olarak artacağı üzerinedir.

### **3. Kritik Maddeler ve Bu Maddelere Eleştirel Bakış**

Genel olarak değerlendirildiğinde yasayla sağlık insangücü niteliğinin artırılmasının hedeflendiği görülmektedir. Sağlık Bakanlığının Tam Gün Yasası'nın uygulamasına geçişte sunduğu genel gerekçede hekimlerin yasa lehinde davranacağının varsayıldığı izlenimi çıkmaktadır. Bakanlık, hazırlamış olduğu tasarı metnini görüş ve önerilerini almak için sağlık ile ilgili sendika ve sivil toplum kuruluşlarına göndermiştir.<sup>1</sup> Konuya müdahil edilen kuruluşlar yasa maddeleri lehindeki ve aleyhinde farklı görüşleri Sağlık Bakanlığı'na ve kamuoyuna bildirmişlerdir.<sup>2</sup> Üniversite öğretim üyeleri başta olmak üzere hekimlerin yasa konusundaki olumlu ve olumsuz tavırlarının yasanın genel gerekçelerinde belirtilen faydanın sağlanmasında temel öge olacağı açıktır. Esasen bu çalışma da Bakanlığın 2003 yılından beri Sağlıkta Dönüşüm programı altında uyguladığı köklü değişikliklerin sacayağından biri olan Tam Gün Yasası'na odaklanmıştır.

Yasa incelendiğinde Sağlık Bakanlığının Tam Gün Yasası'na temel oluşturacak değişiklikleri 5 yıl öncesinden yapmaya başladığı görülmektedir. Bakanlık yasada dikkat çeken ve eleştirelere maruz kalan maddelerden birisi olan Nisan 1928 tarihli 1219 sayılı Kanunun 1. Maddesinde değişiklik yapmıştır. Bu değişiklikte ülkemizde hekim olarak çalışacakların Türk olma zorunluluğunu ortadan kaldırılmıştır.

---

<sup>1</sup> Bkz. EK 1 – 2.

<sup>2</sup> Bkz. EK 5 – 12.

2005 yılında 5371 sayılı yasayla yapılan bu değişiklikle "Türk bulunmak" şartını kaldırmıştır. Bu durumda yabancı ülke vatandaşı hekimlerin ülkemizde hekimlik yapabilme olasılığı doğmaktadır. Bu durumda Tam Gün Yasası'nın hedeflerinden olan ve çeşitli tartışma ortamlarında sağlık insangücü planlaması açısından insangücünün niceliksel gelişiminden çok niteliksel değişiminin hedeflendiği yasanın genel amaçları ile bu maddenin çeliştiği görülmektedir. Nitelikli iyi yetişmiş hekim yerine ülkemizi tanımayan, kültürüne ve diline yabancı olan hekimlerin özel sektörde çalışmaları ile ucuz sağlık işgücü hedeflendiği ileri sürülebilir, ülkemiz koşullarına, yaşam biçimlerine alışık olmayan ve iletişim sorunu yaşayabilecek yabancı hekimlerin sağlık hizmetlerine ne derece katkısı olabileceği ayrıca sorgulanmalıdır. Niceliksel olarak hekim sayısının da yetersiz olmadığı, dağılım ve çalışma koşullarının iyileştirilmesi, niteliksel gelişimin hedeflenmesi öncelikli olmalıdır.

Tam Gün Yasası'nda, 4857 sayılı İş Kanununun 81. maddesine ek bir fıkra konmak suretiyle işyeri hekimliği hizmetlerinin Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kurumlarından da alınabileceği hükme bağlanmıştır<sup>1</sup>. Bu düzenlemeyle Sağlık Bakanlığı'nca daha önce doğrudan sunulmayan işyeri hekimliği hizmetinin Sağlık Bakanlığına bağlı kurumlardan da verilebilmesine imkan tanınmıştır. 209 sayılı Kanun'un 3. maddesinin 1. Fıkrasına, 5471 sayılı Kanunla "işyeri hekimliği hizmetlerini" ifadesi eklenmiştir. Bu maddeye yapılan ekleme ile işyeri hekimliği hizmetlerinin de ücretlendirileceği ve döner sermayeye gelir olarak kaydedileceği hükme bağlanmıştır. İşyeri hekimliği hizmeti esas olarak 1. Basamak Sağlık Hizmeti içinde bir başka deyişle koruyucu sağlık hizmeti olarak değerlendirildiğinden bu hizmetin fiyatlandırılması yasal düzenlemeler arasında tartışmalıdır. 2006 yılında yasalaşan Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 3. Maddesi 23. fıkrasında "kişilerin hastalıktan korunması veya sağlıklı olma halinin sürdürülmesi amacıyla, kişiye yönelik olarak finansmanı sağlanacak sağlık hizmeti", 5510 sayılı yasada kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmeti olarak tanımlanmıştır.<sup>2</sup> Yine 5510 sayılı aynı yasanın 63. ve 69. maddelerinde koruyucu sağlık hizmetleri finansmanının Sosyal Güvenlik Kurumunca sağlanacağı ve hastalardan bu hizmetler için katkı payı alınmayacak sağlık hizmetleri arasında değerlendirilmiştir. Bu maddelere dayanarak yapılan haklı eleştiri-

<sup>1</sup> 10 Haziran 2003 tarih ve 25134 sayılı resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren 4857 sayılı "İş Kanunu".

<sup>2</sup> 16 Haziran 2006 tarih ve 26200 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren 5510 sayılı "Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu".

riler sonuç vermiş bu madde yasa tasarısından çıkartılarak işyeri hekimliğine ilişkin esasların Sağlık Bakanlığı'nca belirleneceği hükmü konulmuştur. Sağlık Bakanlığı da işyeri hekimliği hizmetlerinin de ücretlendirileceği ve döner sermayeye gelir olarak kaydedileceğini 5471 sayılı Yasada hükme bağlayarak koruyucu sağlık hizmeti sınıfına giren ve parasız olması gereken bu uygulamayı yürürlüğe koymuştur. 5471 sayılı Yasayla, 209 sayılı Kanunun 3. maddesinin birinci fıkrasına "işyeri hekimliği hizmetlerini," fıkrası eklenmiş fakat aslen koruyucu hekimlik uygulaması olan işyeri hekimliği faaliyetlerinin nasıl ücretlendirileceği ise belirsizdir. Yasada Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarından işyeri hekimliğine ait hizmetlerin de alınmasına olanak verildiği belirtilmiş lakin Sağlık Bakanlığı'nın bu hizmeti kendisine bağlı olarak hizmet veren kurum ve kuruluşlardan hangisinin ne şekilde nasıl vereceği açıkça belirtilmemiştir. Bu madde üzerine yapılan eleştiri ve önerilerden sonra bu madde tasarıdan çıkartılarak, "işyeri hekimliğine ilişkin esaslar Sağlık Bakanlığınca belirlenir" hükmü getirilmiştir. Bununla birlikte çok sayıda işyeri hekiminin aynı zamanda kamu çalışanı olması nedeniyle yasanın yürürlüğe girmesinden sonra bu hekimlerin tam gün çalışmaları halinde işyeri hekimi olamayacaklardır. Yasayla birlikte bu ihtiyaç Toplum Sağlığı merkezlerinde çalışan hekimler, mülki idarelerde çalışan hekimler ile mesleklerini serbest icra eden hekimlerle karşılanacağından yeterli sayıda hekim ihtiyacının nasıl karşılanacağı konusu yeni yasa çıkarılana kadar problem yaratmış ancak Ocak 2014'te çıkartılan 6514 sayılı Yasayla bu belirsizlik düzeltilmiş ve değiştirilmiştir. Sayıca 10 dan az işçi çalıştıran işyerlerinde tabipler, işyeri uzmanlık belgesi almadan çalışabileceklerdir. Aylık 30 saat olan bu çalışma iznini Aile Hekimleri ve kamu kurumlarında çalışan hekimler kullanabileceklerdir.

Yasanın tasarı metinlerinde 27/6/1989 tarihli ve 375 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin 1. maddesinin (C) bendinin (1) numaralı alt bendinde yer alan değişiklikler yeni tasarıya konulmamıştır. Böylece hekimin özlük haklarına kalıcı olarak yansıtacak kazanımlar iptal edilmiştir. 1965 tarihli 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun (I) Sayılı Cetvelinin "III-Sağlık Hizmetleri Sınıfı"nın (a) bendinde yapılan değişiklik, 209 sayılı Kanunun 5 inci maddesinin üçüncü, dördüncü ve yedinci fıkraları, 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun Ek 33. maddesi ve 27/6/1989 tarihli 375 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin 1. maddesinin C bendinin 1 numaralı bendinde değişiklikler yapılarak ücretlerde artış hedeflenmiştir. Fakat yapılan bu yasal

düzenlemeler ile hekimlere sağlanan ve onların emekli maaşlarına yansıyacak sabit parasal kazanımın düşük düzeyde kalacağı bu nedenle serbest çalışmayla elde edilebilecek parasal geliri karşılayamayacağı görülmüş böylece gelirlerdeki artışın döner sermayeden alınacak payla mümkün olacağı belirlenmiştir.

Döner sermaye gelirleri (ek ödeme) ise sabit olmayıp Genel Sağlık Sigortası kapsamında toplanacak fonun dağılımına bağlıdır. Yukarıda sözü edilen ek ödeme gelirleri performansa göre ücret tahakkuku kapsamında değerlendirilmiştir. 5510 sayılı Kanunun gerekçelerinden birisi de Sosyal Güvenlik Kurumu'nun açıklarının kapatılması olmuştur. Hizmet sunumunun devamlı artmasına paralel olarak talebin sürekli yükseleceği açıktır. Bu nedenle sağlık giderleri devamlı artacak fonda birikecek ve götürü hizmet anlaşmasında belirlenecek olan ödeme miktarı ve kaynağı belirsiz ve değişken olacaktır. Bu yoruma dayanarak hekimlere dağıtılacak olan performansa göre ücretin kaynağı ve miktarının değişkenlik göstereceği ortadadır.

1219 sayılı Kanunun, bir hekimin ikamet ettiği yer dışında birden daha çok yerde muayene açmak suretiyle hekimlik yapamayacağına dair son fıkrasına, 5947 sayılı yasayla, muayenehanesi olan hekimin bir başka sağlık kuruluşunda sağlık hizmeti veremeyeceğine dair bir ibare eklenmesi ile mesleğini serbest olarak icra eden cerrahi branş hekimlerinin cerrahi uygulamalarını yapamayacakları anlaşılmaktadır.<sup>1</sup> Şayet mesleğini serbest olarak icra eden hekimler, herhangi bir sağlık kurumunda hastalarını muayene ya da ameliyat gibi diğer cerrahi işlemleri yapmak isterlerse hizmet bedeli hasta tarafından karşılanacaktır ve hasta bu bedeli Sosyal Güvenlik Kurumundan talep edemeyecektir.<sup>2</sup> Yasa ile muayenehane hekimliğinin tamamıyla işlevsiz hale geleceği açıktır. Bu durum, sağlık hizmetinin kamu ve özel sağlık kuruluşlarına rakip olabilecek bir nevi küçük işletme sayılan muayehanelerin yasayla değil ama zorla kapatılması anlamına gelmektedir.

Madde üzerine yapılan eleştiriler üzerine yasanın ilgili maddesi yeniden düzenlenmiştir. Bu değişiklik ile "muayenehane açan tabip başka bir sağlık kuruluşunda meslek icrasında bulunamaz" hükmü kaldırılmış olmasına karşılık "Sosyal Güvenlik Kurumu ile sözleşmesi bulunmayan özel sağlık kurum ve kuruluşları ile ser-

---

<sup>1</sup> Bkz. EK 3, Madde 7.

<sup>2</sup> Bkz. EK 3, Madde 7.

best meslek icrası" kapsamında birden çok kuruluştaki meslek icrasında bulunup bulunmayacağı açık değildir. Yasada yapılan düzenlemeyle ortaya çıkan bu sorun Sağlık Bakanlığı'nın belirleyeceği ve yapacağı düzenlemelere bağlı kılınmıştır.

5947 sayılı Tam Gün Yasasıyla 3153 sayılı Kanuna<sup>1</sup>, radyasyona maruz kalınan birimlerde görevini ifa eden personelin haftalık çalışma süresiyle ilgili ek madde eklenmiştir.<sup>2</sup> Bu maddeyle radyasyona maruz kalınan yerlerde veyahut da araştırmaların yapıldığı bu yerlerde çalışan personelin haftalık görev yapma süresi 35 saate çıkarılmıştır. Burada çalışan personelin mesai saatleri Ekim 2007 tarihinde uygulamaya konulan 3153 sayılı Yönetmeliğin 8. maddesinde daha önce günlük 5 saat, haftalık 25 saat olarak belirlenmiştir. Bu alanlarda çalışan personelin haftada 25 saat çalışmasının nedeni maruz kaldıkları yüksek orandaki radyasyon seviyesidir. Türk Sağlık Sen'in dikkat çektiği gibi röntgen cihazlarının % 44'ünün ruhsatsız ve lisans problemleri vardır ayrıca bu cihazların kontrolleri düzenli yapılmamaktadır.<sup>3</sup> Bu çalışma alanlarında herhangi bir iyileştirme yapılmadan burada çalışan personelin mesai saatlerinin artırılması bu alanlarda çalışan personeller için ileride ciddi sağlık sorunlarına yol açabilir.

Diğer bir durum askeri sağlık personeliyle Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak çalışan sağlık personelinin aldıkları ek ücretlerdeki adaletsizliktir. Zira Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak çalışan personelin çalışırken sağlık hizmetine sağladığı katkı karşılığında aldığı döner sermaye ek ödeme tutarı, çalışanın emekliliğine yansıtılmazken askeri personelin aldığı sağlık tazminatı emekliliğine yansıtılmaktadır. Bu durum ünvanı hekim olan çalışanlar arasında bir ayrımcılık olarak gözükmektedir.

Tam Gün Yasası uygulamaya konulduktan sonra Sağlık Bakanı Recep Akdağ'ın eşi Şeyma Akdağ'ın Gazi Üniversitesi Hastanesi'nde gerçekleştirilen ameliyatı, Tam Gün Yasası nedeniyle istifa eden Prof. Dr. Nebil Göksu tarafından yapılmıştır. Ameliyata girmesi mevcut uygulamaya göre yasaklı olan Prof. Dr. Nebil Göksu için "Hoca kendi hastasını getirerek kendi ismiyle işlem yapamaz, ama oradaki ekibin bir parçası olarak ameliyata girebilir. " denmiştir. Yasa bu durumda

<sup>1</sup> 28 Nisan 1937 tarih ve 3591 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren 3153 sayılı "Radyoloji, Radyom ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanun".

<sup>2</sup> Bkz. EK 3, Madde 9.

<sup>3</sup> Bkz. EK 10.

Sağlık Bakanı Recep Akdağ tarafından duruma göre esnetilmiştir. Benzer bir durum da Başbakan Erdoğan'ın ameliyatının, İstanbul Tıp Fakültesinden istifa eden genel cerrahi ana bilim dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Dursun Buğra tarafından gerçekleştirilmiş olmasıdır. Bu durum ise “Başbakan'ı ameliyat ederken, güvenlik şartları oluşturmak, tedbirler almak gerekiyor. Bu durumu yasanın dışında tutmak gerekir.” şeklinde açıklama takip etmiştir. Yasanın yöneticiler için delinmesi doğal olarak iki sonucu açığa çıkarmıştır. İlki yasanın herkes için eşit uygulanmadığıdır. İkincisi Üniversite hastanelerindeki dalında söz sahibi hocaların özel hastaneleri tercih ettiği gerçeğidir.

#### 4. Üniversitelerin Durumu

5947 sayılı Yasanın 5. maddesinde 2547 sayılı Kanunun yükseköğretim kurumlarında döner sermayeyi düzenleyen 58. maddesinin 4. fıkrasında değişiklik yapılmıştır. Bu değişiklikle: Döner sermaye gelirleri kurumun ihtiyaçlarına ayrılmasından sonra dağıtılacak toplam payın belirlenmesinde daha önce söz sahibi üniversite yönetim kuruluyken, yasada bu belirlemeye Maliye Bakanlığının uygun görüşü şartı getirilerek başka bir kurum da ortak edilmiştir. Dolayısıyla döner sermayenin bir kısmının kurumun ihtiyaç giderleri ayrıldıktan sonra geriye kalan dağıtılacak toplam paranın saptanmasında tek söz sahibi üniversitelerin yönetim kurullarıyken, bu belirlemenin yapılabilmesi amacıyla Maliye Bakanlığının uygun görüşü zorunlu tutulmuştur. Bu nedenle Maliye Bakanlığı'nın görüşü çerçevesinde dağıtımın nasıl gerçekleşeceği hususunda zamana ihtiyaç olduğu açıktır. İlk tasarıdaki eleştirilerden sonra yapılacak ek ödemelerin usul ve esaslarının belirlenmesi amacıyla yine yasada YÖK tarafından hazırlanacak bir yönetmeliğe gönderme yapılmaktadır.<sup>1</sup> Yine yapılan değişiklikler ile döner sermaye gelirlerinin üst sınırları yasal düzenleme ile belirlenirken alt sınır yine belirsiz kalmakta, kaynak olarak döner sermaye gelirleri gösterilmektedir. 5947 sayılı Yasanın 5. Maddesinin c fıkrasında üniversitelerde görev yapan ve hekim olarak çalışan bilim insanlarının mesai saatleri dışında çalışma olanağı verilmiştir.<sup>2</sup> Bu değişiklikle döner sermaye gelirlerinin arttırılması ve maddi motivasyon amaçlanmaktaysa da yapılan değişiklik tam gün çalışma yasasının genel gerekçe özüne uygun düşmemektedir. Diğer taraftan 2547 sayılı kanunun 58. madde-

---

<sup>1</sup> Bkz. EK 3, Madde 5 (b).

<sup>2</sup> Bkz. EK 3, Madde 5 (c).

sine ğretim üyelerinin sunduğu sağlık hizmetleri için vatandaşlardan ayrıca ücret farkı tahsil edilemeyeceği hükme bağlanmıştır. Lakin 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 73. maddesinde ğretim yesi tarafından verilen sağlık hizmeti için genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden de fark alınabileceğine dair düzenleme de yer almaktadır. Dolayısıyla 2547 sayılı yasa ile 5510 sayılı yasa hükümlerinin birbirleriyle çeliştiği görülmektedir. 27 Mayıs 2009 tarihli Yasa Tasarısında bu husus göz önüne alınarak, Mayıs 2006 tarihinde uygulamaya konulan 5510 sayılı Kanununun 73. maddesinin 3. fıkrasının 2. cümlesi uygulamadan kaldırılmış olmasına rağmen yasalaşan metinde bu maddeye dokunulmamıştır.<sup>1</sup>

Genel Sağlık Sigortası'nın (GSS) tam olarak yürürlüğe girmesiyle üniversitelerde de ana gelir kalemi GSS'den alınan döner sermaye gelirleri olmuştur. 5510 sayılı Kanun gereği eğitim giderleri için hizmet karşılığı SUT birim fiyatlarından %10 fazla ücret alınabilecektir. Üniversitelerde verilen eğitim ve buna paralel olarak ortaya çıkan eğitim giderleri göz önüne alındığında bu gelirlerin hekim ücretleri ve eğitim giderlerini nasıl karşılayabileceği, ayrıca kaliteli insangücü yetiştirme misyonu olan üniversitelerin bu faaliyeti karşılamada zorluk çekeceği aşıkrdır.

Performansa dayalı sistemle daha fazla ücret için performans gelirine odaklanan ğretim üyelerinin eğitim faaliyetlerini ve kendilerini geliştirebilecekleri yayınları takip etmekte zorlanacakları açıktır. Ayrıca eğitime harcanan mesai performans sayılacak mı şayet yleyse bu performans puanı neye göre belirlenecektir. Eğer performans sayılmayacaksa bu durumda üniversitelerin asli işi olan eğitim yerine performans temelli hizmete odaklanacakları kaçınılmaz gözükmektedir. Yasayla birlikte tam gün çalışan ğretim üyesinin geliri ve bu gelirin kaynağının ne olacağı konusu belirsizliğini koruduğundan ya da gelirin aylara göre değişkenlik göstereceğinden yasanın çıkışını müteakip özellikle nitelikli ğretim üyelerinin çoğu üniversitelerden ayrılmıştır. Boşalan eğitim kadroları nedeni ile özellikle zaten çok az sayıda ğretim yesi ile hizmet vermekte olan birçok taşra niversitesi tıp fakültesinin eğitim faaliyetlerin sorunlu sürdüreceği görünmektedir.

---

<sup>1</sup> Krş. EK 2, Madde 13 ve EK 3, Madde 14.

## 5. Askeri Hekimlerin Durumları

Tam Gün Yasası'yla 1967 senesinde uygulamaya konulan 926 sayılı Yasanın<sup>1</sup> Ek 17 maddesinde bulunan "c" fıkrasından sonra gelecek şekilde yeni bir fıkra eklenmiştir.<sup>2</sup> Bu fıkra Türk Silahlı Kuvvetleri'nde hizmet veren personelin sağlık hizmet tazminatıyla ilgilidir. Buna göre Silahlı Kuvvetlerde rütbeli olarak görev yapan hekim-personele sağlık hizmeti tazminatlarının ayrıca ödeneceği hükme bağlanmıştır.

Bununla birlikte ilk tasarı metinde Genelkurmay Başkanlığı'nın görüşü ile ve 211 sayılı Türk Silâhlı Kuvvetler İç Hizmet Kanununun<sup>3</sup> 12 nci maddesinin (c) bendi, askeri personel için sağlık hizmeti sunulan hastaneleri askeriyeyle bağlı bir kurum olarak değerlendirmiştir.<sup>4</sup> Anayasa Mahkemesi 1988 yılında aldığı bir kararla Türk Silahlı Kuvvetleri'nde hizmet veren sağlık personelinin diğer kamu kurum ve kuruluşlarında hizmet sunan sağlık çalışanından statüsü bakımından ayrı değerlendirmiştir.<sup>5</sup> Anayasa Mahkemesi burada sağlık hizmeti sunumu yapanların askerî personel olduklarını, özlük haklarıyla ilgili olarak yapılacak değişikliklerin diğer sağlık hizmeti sunumu yapan personelle aynı şekilde değerlendirilmesinin mümkün olamayacağına da hükmetmiştir. Genel gerekçesi ile değişiklik tasarısı iptal edilmiştir. Taslağın son halinde 926 sayılı Yasanın Ek 2 maddesine ekleme yapılmıştır. Yapılan bu eklemeyele hekim olarak silahlı kuvvetlerde çalışan personelin mesai saatleri haricinde de mesleklerini özelde de yapabilmelerine imkan tanınmıştır. Fakat yasalaşan 5947 sayılı Kanunda yukarıdaki tasarı metindeki ifadelere yer verilmeyerek askeri sağlık personelinin de serbest meslek icra edemeyeceği hüküm altına alınmıştır.<sup>6</sup>

Özel sağlık kurum ve kuruluşlarının devamlı olarak arttığı, Sosyal Güvenlik Kurumunca muayenehane hekimlerinden düşük seviyede hizmet alımına başvurulduğu bir ortamda askeri hekimlerin muayenehanelerinde çalışma istekleri de buna paralel sınırlı kalacağı görünmemektedir. 5947 sayılı yasayla askeri hekimler tam

<sup>1</sup> 10 Ağustos 1967 tarih ve 12670 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren 926 sayılı "Türk Silahlı Kuvvetleri Personel Kanunu".

<sup>2</sup> Bkz. EK 3, Madde 12.

<sup>3</sup> 9 Ocak 1961 tarih ve 10702 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren 211 sayılı "Türk Silahlı Kuvvetleri İç Hizmet Kanunu".

<sup>4</sup> Bkz. EK 2, Madde 12.

<sup>5</sup> Anayasa Mahkemesi'nin 19.04.1988 tarih ve E. 1987/16-K. 1988/8 sayılı kararı.

<sup>6</sup> Bkz. EK 3, Madde 12 – 13.

gün kapsamına alınarak sağlık hizmetleri tazminatı almaları sağlanmıştır. Ödenecek tazminat oranları da yasada belirtilmiştir.<sup>1</sup> Böylece diğer hekimlerin ücret gelirleri döner sermayeye bağlanırken askeri hekimlerin ek ücretleri “sağlık hizmetleri tazminatı”na bağlanmıştır ve bu tazminat da emekliliklerine yansıtılmaktadır.

## **6. Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasını Teminen İlgili Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Tasarısı Taslağı’na İlişkin Görüş, Eleştiri ve Öneriler**

Türk Tabipler Birliği tarafından 12 Eylül 2007 gününden itibaren Sağlık Bakanlığı'ndan yazılı ve sözlü olarak istenen "Tam Gün Çalışmaya İlişkin Yasa Tasarı" taslağı 28 Nisan 2008'de Türk Tabipleri Birliği'ne ve sendikalara gönderilmiş görüşleri istenmiştir.<sup>2</sup> Bu tarihten itibaren meslek odaları ve sendikalarca yasa maddeleri ve gerekçeleri tartışılmış, kamuoyuna açıklanmış ve tasarı metin hakkındaki görüşlerini Sağlık Bakanlığı'na iletmışlerdir.<sup>3</sup> Tasarı üzerine yapılan görüş ve eleştiriler Sağlık Bakanlığı'na bildirilmiş ancak 5947 sayılı ile yasalaşan Tam Gün Yasası'nda bu görüş ve önerilerin dikkate alınmadığı görülmüştür.

1965 ve 1978 yılları arasında “Tam Süreli Çalışma” adı altında bu kanun ülkemizde iki kez uygulanmaya çalışılmıştır. Ancak kanun uygulanmaya başlamadan önce hizmet sunucularının ortak edilmediği, görüşlerinin alınmadığı bu iki uygulama da başarısızlıkla sonuçlanmıştır. 2010 yılının başlarında uygulanmaya başlanan 5947 sayılı Kanunla da hizmet sunucularının görüş ve eleştirilerinin pek dikkate alınmadığı bu çalışmada görülmüştür. Sağlık Bakanlığı’nca sağlıkla ilgili meslek birliklerine ve sendikalara gönderdiği tasarı metin üzerine bu birliklerin görüş, öneri ve eleştirileri EK 5-12 arasında verilmiştir.

Türk Tabipler Birliği’nin tasarı metne yapmış oldukları görüş ve önerilerin 21.01.2010 tarihinde 5947 sayılı Tam Gün Yasası’nın yasalaşmasıyla dikkate alınmadığı görülmüştür.<sup>4</sup> Türk Tabipler Birliği’nin, tasarı metninde iyonlaştırıcı radyasyon ile çalışan personelin çalışma saatlerinin 40 saate yükseltildiğini belirtmiştir.

---

<sup>1</sup> Askeri hekimlerin sağlık tazminat oranları için bkz. EK 3, Madde 12.

<sup>2</sup> Bkz. EK 1.

<sup>3</sup> Meslek odaları ve sendikaların tasarı hakkındaki görüş ve eleştirileri için bkz. EK 5-12.

<sup>4</sup> TTB’nin görüş ve eleştirileri için bkz. EK 5.

Fakat bu tasarı metinde 37.5 saat olarak belirtilmiş, yasalaşan 5947 sayılı Tam Gün Yasası'nda bu personellerin haftalık çalışma süreleri 35 saat olarak belirlenmiştir.<sup>1</sup>

TTB döner sermaye adı altında ödenen ek ödemenin emekliliğe yansıtılmadığı bunun bir hak mahrumiyetine sebep olacağını belirtmiştir. 5947 sayılı yasada ek ödemelerin emekliliğe yansıtılacağına dair bir ibare olmadığı için hekimin çalışırken hak ettiği döner sermaye geliri hiçbir şekilde emekliliğine yansıtılmamaktadır. Bu durum hekimin çalışırken yaptığı performansla, çalıştığı hastaneye kazandırdığı ek gelirden emekliliğinde pay alamayacağı anlamına gelmektedir. Hal böyleyken hekimlerin çalışırken ek ödemeyle birlikte elde ettiği parasal kazançtan fazla bir ödeme yapan özel sağlık kurumuna göç etmesine ivme kazandıracağı tahmin edilebilir.

Türk Tabib Odası hekimler arasında rekabete neden olan hekimliği vasıfsızlaştıran hekimlik uygulamalarını puana dönüştüren, performansa göre ücretlendirme sisteminden acil olarak vazgeçmenin zorunluluğunu dile getirmiştir. Tam süre çalışılmasını tek bir işte çalışarak insanca yaşamaya ve mesleki gelişimi destekleyen emekliliğe yansıyacak biçimde düzenlenmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Tabip odası ayrıca Tam Gün Yasası'nın uygulamaya konulmasıyla birlikte görevinden ayrılan hekimlerin tekrar eski görevlerine gelmesi için gerekli yasal düzenlemelerin yapılmasını istemektedir. Performansa göre ücretlendirme ile puan toplamaya zorlanan hekimler ve sağlık çalışanlarının mağdur edildiğini öne süren Türk Tabipleri Birliği ayrıca iş güvencesini ortadan kaldıran bütün sözleşmeli çalışma biçimlerini dışarıdan hizmet satın alma ve taşeronlaştırma yöntemlerine de karşı çıkmaktadır.

TTB-Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu tasarı metnin bu haliyle yasalaşması durumunda yasaya karşı olduklarını belirtmiştir.<sup>2</sup> Tasarı metin neredeyse hiçbir değişikliğe uğramadan yasalaştığı için TTB-Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu'nun 5947 sayılı yasaya bugün de karşı olduğu anlaşılmaktadır. TTB-Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu kaynağı değişkenlik gösteren ek ödemeyle yapılacak ücret artışına karşı olduğunu açıkça belirtmiştir. Kamu Hastane Birlikleri yasası ile kamu hastanelerinin şirketleşeceğine, özelde büyük hastane zincirlerinin oluşacağına

---

<sup>1</sup> Bkz. 5947 sayılı Yasa Madde 9.

<sup>2</sup> TTB-Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu'nun tasarı metne yapmış oldukları görüş ve eleştirileri için bkz. EK 6.

böylece ucuz iş gücü sağlanacağından hekimlerin düşük ücretle çalışacaklarına dikkat çekmiştir.

2 Kasım 2011 tarih ve 28103 sayılı (mükerrer) Resmi Gazete’ de “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” başlıklı 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık Bakanlığı’nın taşra teşkilat yapısında köklü değişiklikler olmuştur. Bu kararnameyle birlikte tüm hastaneler Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu altında toplanmıştır. Bu hastaneler de kendi içinde sınıflandırılarak yukarıdan aşağıya doğru (A), (B), (C), (D) ve (E) şeklinde gruplandırılmıştır. Her ildeki bu kurumun başına bir genel sekreter atanmak suretiyle TTB-Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu’nun öne sürdüğü gibi sağlık hizmetinin şirketleşeceğini kar-zarar anlayışına göre yönetileceği açıktır. Devletin günümüzde zaruri olmadıkça hastane yapmadığı özel hastanelerin yaygınlaşmasını teşvik ettiği bir ortamda hekimlerin muayehanelerini kapatmaya zorlayan 5947 sayılı Tam Gün Yasası’yla birlikte sağlık hizmeti sunan mekanların ticarethanelere dönüştüğü ortadadır. Muayehane açmanın ve burada sağlık hizmeti sunmanın artık tercih edilmediği ya da edilemediği bu durum, mahalle aralarında bulunan bakkalların büyük alışveriş merkezleriyle rekabet edemediği piyasa koşullarıyla benzerlik göstermektedir.

Türk Dişhekimleri Birliği tasarı yasanın hizmet sunucularıyla birlikte uzlaşa içinde yapılmamasını 1965 ve 1978 yıllarında uygulanan tam süreli çalışmaların da aynı şekilde uygulandığını ve başarısızlıkla sonuçlandığını hatırlatarak bu yasanında başarısızlıkla sonuçlanacağını öne sürmüştür.<sup>1</sup> Türk Dişhekimleri Birliği de ek gelir sağlayan performans uygulamasından elde edilen kazancın özlük haklarına yansıtılması gerektiğini bildirmiştir. Fakat yasalaşan metinde bu talebin gerçekleşmediği görülmektedir. Türk Dişhekimleri Birliği ayrıca hekimin performansı kadar ek gelir almasını hekimi gereğinden fazla hasta bakmasına yönlendireceğine vurgu yaparak bu durumun hizmet kalitesini düşüreceğini ve hekim hatalarını artıracaklarını belirtmiştir. Türk Dişhekimleri Birliği sağlık hizmetlerinin ekip çalışması olduğuna vurgu yaparak tam gün çalışmanın yarattığı değerlerden diğer sağlık personelinin de yararlanması gerektiğini önerse de 5947 sayılı yasada bu öneri yer bulmamıştır.

---

<sup>1</sup> Türk Dişhekimleri Derneği’nin görüş ve önerileri için bkz. EK 7.

Türkiye Biyoetik Derneği tam süreli çalışmaya ilke olarak karşı olmadıklarını belirtmiştir.<sup>1</sup> Diğer yandan Dernek, yasanın muayenehaneciliği yok etmeyi hedeflediğini vurgulamaktadır. Bu nedenle hekim emeğinin hem kamuda hem de özelde sömürülmesi sürecinin başlatılacak olması nedeniyle yasanın bu haliyle yasalaşmasına karşı olduklarını belirtmiştir. Ayrıca Türkiye Biyoetik Derneği hekimlerin sosyal güvencesi ve özlük haklarının görmezden gelindiği bir yasanın iyi hekimlik kavramını da ortadan kaldıracağını belirtmiştir.

34 Tıp Fakültesi, bu işin bilimsel yanıyla uğraşan, eğitim, araştırma ve hekim yetiştiren öğretim üyelerinin yasada ayrıcalıklı değerlendirilmesi gerektiğine vurgu yapmıştır.<sup>2</sup> Bu amaçla tam süreli çalışmayla tüm gününü Üniversite hastanelerinde geçiren hekimlerin bilimsel araştırmalarına katkı sağlayacağını belirtip yasayı desteklediklerini belirtmişlerdir. Ancak bu desteği hekimlerin özlük haklarının, çalışma koşullarının ve maaşlarının iyileştirilmesine bağlamıştır. Tıp fakültelerinde öğretim üyesi olan hekimlerin özel muayene ve ameliyat yaparak döner sermayeye katkı yaptıklarını bu nedenle yasayla bu haklarının elinden alınmalarına da karşı çıkmaktadırlar.

Türk Sağlık Sen yasa tasarısının hazırlanması evresinde Sağlık Bakanlığı ile yasa maddeleriyle ilgili olarak görüştüğünü bu görüşmelerde alınan bazı kararların tasarı metinde olduğunu belirtmiştir.<sup>3</sup> Dolayısıyla şimdiye kadarki sivil toplum kuruluşlarının bu düzenleme yapılırken görüş sorulmadığı savının aksi yönde bir açıklama yapmıştır. Türk Sağlık Sen'in hekim dışı personele verilecek ek ödeme miktarının % 150 den %300'e çıkarılması önerisinin yasalaşan metinde dikkate alınmadığı tasarı metindeki oranın değişmediği görülmektedir.<sup>4</sup> Türk Sağlık Sen'in üniversite hastanelerindeki öğretim üyelerine getirilen çalışma şartları nedeniyle buradaki hekimlerin özel sektöre kayabileceği öngörüsü ise geçen zaman aralığında doğrulanmıştır.

<sup>1</sup> Türkiye Biyoetik Derneği'nin görüş ve önerileri için bkz. EK 8.

<sup>2</sup> Tıp fakültelerinin görüş ve önerileri için bkz. EK 9.

<sup>3</sup> Türk Sağlık-Sen'in görüş ve önerileri için bkz. EK 10.

<sup>4</sup> Karşılaştırma için bkz. EK 2, Madde 1 ve EK 3, Madde 1.

Türk Sağlık Sen'in radyasyona maruz kalınan birimlerde görev ifa eden personel için haftalık çalışma saatinin 40 (Tasarı metinde 40 saat yasalaşan metinde ise 35 saat) saate çıkarılmasına yaptığı itiraz yerindedir. 5947 sayılı yasada ise bu personellerin haftalık çalışma süreleri 35 saat olarak belirlenmiştir.<sup>1</sup> Burada çalışan personelin çalışma süresi daha önce günlük 5 saat haftalık toplamda 25 saattti. Bu alanlarda çalışan personelin haftada 25 saat çalışmasının nedeni maruz kaldıkları yüksek orandaki radyasyon seviyesidir. Türk Sağlık Sen kamu kuruluşlarında kullanılan röntgen cihazlarının % 44'ün ruhsatsız ve lisans problemleri olduğuna ayrıca kontrollerinin düzenli yapılmadığına dikkat çekerek çalışma alanında herhangi bir iyileştirme yapılmadan personelin mesai saatinin artırılmasına karşı çıkmaktadır. Türk Sağlık Sen; TTB, TTB Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu, Türk Dişhekimleri Birliği, Türkiye Biyoetik Derneği ve Tıp Fakülteleri'nin bahsetmediği sağlık hizmetinin bir bütün olduğu bu nedenle diğer personellerin de yapılacak iyileştirmeden pay alması gerektiğine de vurgu yapmıştır.

Sağlık Emekçileri Sendikası (SES), sağlık personelinin tam süreli çalışmayı, iş, düzenli maaş güvencesi, ek ödemelerle değil aksine vergilerle karşılanacak herkese eşit, ulaşılabilir, ücretsiz, nitelikli sağlık hizmeti sunumunu sağlayacak kamusal bir sağlık sistemini desteklediğini belirtmiştir.<sup>2</sup> Diğer taraftan sağlıkta dönüşüm programı adı altında tam gün yasasıyla birlikte Kamu Hastane Kurumu'nun kurulması böylece kamu hastanelerinin birlikler oluşturarak yönetilmesiyle sağlık birimlerinin taşeronlaştırılması, temel ücretin esas alındığı bir ödeme yerine performansa dayalı ek ödeme uygulamasının hâkim kılındığı böylece iş güvencesiyle birlikte ücret güvencesinin de ortadan kaldırıldığı bir sisteme karşı olduklarını belirtmiştir. SES'e göre performans sistemi hekim merkezlidir bu nedenle sağlık hizmetinin bir ekip işi olduğunu reddetmektedir.

SES, yasa tasarısının gerekçeleri arasındaki hekim-hasta arasında para ilişkisinin bitirilmesi isteğine halihazırda uygulanan performans sisteminde imkânsız olduğunu belirtmiştir. Doğrudan ücret alma olayı yaşanmasa bile hastaya yapılan her operasyon ya da tedavinin işlem olarak puanlandırılması, tıbbi açıdan gerekli olmasına rağmen hastaların kurumda yatırılması, zorunlu bir tıbbi müdahale olmama-

---

<sup>1</sup> Bkz. EK 3, Madde 9.

<sup>2</sup> Sağlık Emekçileri Sendikası'nın tasarı metinle ilgili görüş ve önerileri için bkz. EK 11.

sına rağmen ameliyat, gerekli olmamasına rağmen laboratuvar vb. işlemleri de beraberinde arttıracığına işaret etmiştir. SES, maddi temelli sağlık hizmeti sunumunun tamamen sonlandırılması amacıyla halihazırda uygulanan performans sisteminden vazgeçilerek, sağlık personeline ödenecek ücretlerin emekliliğe de yansiyacak bir şekilde temel ücret uygulamasına geçilmesini önermiştir.

SES ayrıca radyoloji bölümlerinde çalışan personelin haftalık çalışma sürelerinin artırılmasına da karşı çıkmaktadır. Burada çalışan personelin mesai saatleri ve bu birimlerde çalışan personelin çalışma sistemiyle ilgili düzenlemeler, 2007 Ekim’inde uygulamaya konulan Kamu Sağlık Hizmetlerinde İyonlaştırıcı Radyasyon Kaynakları ile Çalışan Personelin Radyasyon Doz Limitleri Hakkında Yönetmeliğin 8. maddesinde belirlenmiştir. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün 08.10.2007 tarih ve 21025 sayılı genel yazısı ile bu personelin çalışma süresi günlük 5 saatten 9 saate çıkartılmıştır. SES’in açtığı dava sonucunda Danıştay radyoloji çalışanlarının günlük mesaisinin 5 saat olarak devamına karar vermiştir<sup>1</sup>. Sağlık Emekçileri Sendikası, Bakanlığın Danıştay kararları doğrultusunda hareket etmesini ve radyoloji bölümlerinde hizmet veren sağlık sunucularının sağlıkları açısından elzem olan günde 5 saat çalışmasının korunmasını önermesine karşın Tam Gün Yasası’nda burada çalışan personelin çalışma süreleri haftalık 35 saat olarak belirlenmiştir.<sup>2</sup>

Sağlık-Sen sağlık hizmetinin daha verimli sunulmasını sendikalarının temel politikalarından olduğunu belirttikten sonra diğer meslek odaları ve sendikaların aksine yasa tasarısına açık olarak karşı olduklarını belirtmemiştir.<sup>3</sup> Bunun yerine taslak yasalaşmadan önce öneri ve değerlendirmelerinin dikkate alınmasını talep etmiştir.

Sağlık-Sen, Tam Gün Yasası’nda hekimlere tavan oranı artırılarak verilecek ücretin döner sermaye gelirleri ile karşılanacağını, döner sermaye gelirlerinin ise bizzat hekimin performansına bağlı olduğunu vurgulamıştır. 2004 yılından beri uygulanmaya başlanan performansla dayalı döner sermaye sistemi tabip eksenslidir. Sağlık-Sen sağlık hizmetinin bir ekip işi olduğunu personelin tümünün emeğiyle elde

<sup>1</sup> Danıştay İdari Dava Daireleri Kurulu’nun 2008/417 YD itiraz no sayılı 01.05.2008 tarihli yürütmeyi durdurma kararı.

<sup>2</sup> Bkz. EK 3, Madde 9.

<sup>3</sup> Sağlık-Sen’in tasarı metinle ilgili görüş ve önerileri için bkz. EK 12.

edilen gelirin adil bir şekilde dağıtılması gerektiğini belirtmiştir. Ancak bu talep yasalaşan 5947 sayılı Tam Gün Yasası'nda dikkate alınmamıştır.

Sağlık-Sen diğer sendika, birlik ve derneklerin aksine yabancı hekimlerin bazı koşulların yerine getirilmesi koşuluyla Türkiye'de çalışabilmelerini desteklediklerini belirterek diğerlerinden ayrı bir safta yer tutmuştur. Sağlık-Sen Türkiye'de istihdam edilecek yabancı hekimlerin mutlaka yeterli bir derecede Türkçe bilmelerinin önemine de vurgu yapmıştır. Sağlık-Sen iyonlaştırıcı radyasyonla araştırmaların yapıldığı bölümlerde çalışan personelin günlük çalışma sürelerinin 5 saatle sınırlandırılmasını talep etmesine karşın yasada bu karşılık bulmamıştır. Sağlık-Sen de, yukarıda bahsedilen sivil toplum kuruluşları gibi döner sermaye gelirlerinin personelin emekli maaşına yansımamasını eleştirmiş olmasına karşın bu talep de yasada dikkate alınmamıştır.

## SONUÇ

Hasta ile hekim arasında direkt para ilişkisi olması, özel muayenehanelerin kamusal sağlık hizmetlerine bir erişim aracı olarak kullanılması, hekimin kamuda geçen mesaisini verimli kullanmayıp özele taşıması, kamu kurumlarında sağlık hizmetlerinin veriminin düşmesi, hizmet alanların bu kurumlara duydukları güvenin azalması, yarı zamanlı çalışma sistemi içerisinde birçok yerde fazla mesai harcanmasının yorgunluğa ve hasta güvenliği açısından olumsuzluğa neden olması, üniversite hastanelerinde öğretim üyelerinin kısmi zamanlı çalışması, üniversitelerin eğitim görevini olumsuz yönde etkilemesi gibi kısmi zamanlı çalışma sisteminin olumsuzlukları genel olarak yasanın gerekçelerini oluşturmaktadır.

Yasanın uygulanması ile bu olumsuzlukların giderileceği, kamu sağlık hizmetlerinin kalitesinin artacağı kabul edilmektedir. Bununla birlikte kamudan özele hekim göçü olması nedeniyle niceliksel olarak hizmet sunumunun etkileneceği düşünülmektedir.

Hekimler yasa tasarısının uygulamaya geçmesi ile birlikte tam gün çalışan hekimlere ödenecek ücretlerin kaynağını ve miktarını açık ve net olarak görememektedirler. Dünya örnekleri incelendiğinde ortalama bir pratisyen hekim ücretinin yıllık 80 bin dolar düzeyinde olduğu görülmektedir. Bu miktar ABD’de 160 bin, İngiltere’de 120 bin, Fransa’da 90 bin, Portekiz’de 60 bin, Macaristan’da 25 bin dolar civarındayken Türkiye’de 15 bin dolar civarındadır. Bu düşük ücretin kaynağı ve miktarını bilemedikleri performans ücreti ile desteklenmesi yerine, kalıcı ve emekliliğe yansıyacak tam gün tazminatının ödenmesinden yanadırlar. Bu konuda askeri hekimler ile bir eşitsizlik oluşacağı görüşü ağır basmaktadır. Sağlık hizmetiyle ilgili faaliyet gösteren meslek odaları ve sendikalar yasanın bu şekliye hekimlerin ve sağlık çalışanlarının özlük haklarını iyileştireceğine katılmamaktadırlar. Ayrıca tek ana finansman kaynağı olan Genel Sağlık Sigortası primleri tüm giderleri karşılayacak düzeyde görünmediğinden global bütçenin kamu yanında üniversite vakıf ve özel hastanelerde de uygulanması düşünülmektedir.

Yarı zamanlı çalışma sisteminin eğitimi olumsuz etkilediği, yasanın uygulanması ile birlikte üniversitelerde bilimsel gelişimin artacağı kabul görmekte birlikte

özel sektöre geçişler, performans ağırlıklı çalışma nedeniyle eğitimin ikinci plana itilmesi ve eğitim faaliyetlerinin performans puanlarının belirsiz olması, döner sermaye gelirlerinin azalması nedenleri ile eğitimin kalitesinin olumsuz etkileneceği de ifade edilmektedir.

Muayenehanelerin kapanması ile çalışan yardımcı personelin istihdamı ve boşa çıkacak tıbbi cihazlar bir sorun olarak görülmektedir. Muayenehanelerin kapanması ile elde kalacak yüksek nitelikli tıbbi cihazların da daha önceki uygulamalarda olduğu gibi kamu tarafından değerlendirilmesi makul bir çözüm olabilir.

Hekimler sağlık hizmetlerinin ağırlıklı olarak kamu tarafından sunulmasını, özel sağlık sektörünün makul bir büyüklükle sınırlandırılmasını desteklemektedirler. Bununla birlikte yarı zamanlı çalışan hekimlerin Sağlık Bakanlığı'nın özel sektöre müdahalesine sıcak bakmadıkları anlaşılmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı sonucu sağlık hizmetleri sunumu içinde özel sektörün oranı hızla artmakta bu da kamu özel sektör dengesini olumsuz yönde etkilemekte, sağlık harcamalarının kontrolsüz artmasına neden olmaktadır. Önlem olarak Sağlık Bakanlığı yasal düzenlemelerle bu artışı kontrol altına alma yoluna gitmektedir. Hem sağlık hizmetlerinin özellikleri ve piyasalaşmanın olumsuzlukları göz önüne alındığında hem de meslek örgütlerinin ve sendikaların görüş ve eleştirilerinin dikkate alınmadan yasanın uygulanmasıyla 5947 sayılı yasanın uzun ömürlü olmayacağı tartışmasını da beraberinde getirmektedir.

Ülkemizdeki hekim sayısı nicelik olarak yeterli görülmemekte, hekim iş yükünün gereğinden fazla olduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte üniversitede kısmi zamanlı çalışan hekimler bu görüşe katılmamaktadırlar. Hekim sayısının kabaca ülke nüfusu içindeki oranı yaygın kullanılan bir ölçüt olmasına karşın, gerçeği tam olarak yansıtamamaktadır. Ülkedeki diğer sağlık görevlilerinin sayısı, niteliği ve görev tanımları verilmesi gereken sağlık hizmeti yükünü ne ölçüde diğer sağlık mesleklerine kaydırmak gerektiğini belirleyen unsurlar olmaktadır. Bu unsurlar hep birlikte değerlendirilmeden hekim sayısının yeterliliği ile ilgili verilecek yargılar isabetli olmayabilir. Ayrıca hekim sayısını değerlendirirken hekimlerin işsizlik çekincesi de yargılarına öznellik katabilmekte ve ülkenin ihtiyacının doğru değerlendirilmesinin önüne geçebilmektedir. Bu nedenle nesnel yöntemlerle yapılmış çalışma sonuçları olmadan bu konuyla ilgili hekimlerin aşırı hassasiyet gösterebileceği dikkate alınmalıdır.

Tam Gün Yasasıyla getirilen performansa dayalı ek ödemeler uzmanlık alanlarına, klinikte çalışan hoca, baş asistan, uzman ve asistan sayılarına göre, klinikçe yapılan tetkik tedavi ve işlemlere göre performans ortalamaları belirlenmektedir. Örneğin klinik ortalamasına göre daha çok kazanan hocalar gelirleri düşeceğinden yeni asistan almamakta, çalışan hekim sayısını sınırlı tutmaya çalışmaktadırlar. Hekimlerin daha çok kazanabilmek için birbirleriyle rekabete girmelerine, gereksiz tetkik ve cerrahi işlem hacimlerini arttırmalarına sebep olmaktadır. Hasta muayenesi ile cerrahi işlem arasındaki bariz puan farkı, gerek olmadığı halde hastanın ameliyatına zemin hazırlamaktadır. Yasadan önceki ve sonraki ameliyat oranları karşılaştırıldığında, nüfusu da baz alarak değerlendirilme yapıldığında bu fark açıkça ortaya çıkacaktır. Performans uygulaması hekimleri; hastaları meta olarak gören bir anlayışa sürüklemekte bu durum da, kamu sağlık hizmet kalitesini olumsuz etkilemektedir. Saygın bir meslek olan hekimliği vasıfsızlaştıracak güveni zedeleyecek sonuçları beraberinde getiren bu uygulamaya hekimler de sıcak bakmamakta ve emekliliğe yansıyacak kalıcı bir ücret artışı talep etmektedirler. Performans uygulamaları sonucu işlem hacimlerinin, tedavi ve bakım hizmetlerinin katlanarak artmasına karşılık, yardımcı sağlık personelinin ürettiği artı değer karşılığı da bu yasayla hekimlere verilmiştir. Bu durum, çalışanlar arasında motivasyon kaybına neden olmakta ve çalışma barışını olumsuz etkilemektedir.

Özel hastanelerin katkı paylarını, teşhis ve tetkikte talep ettiği ücretlerini her geçen gün arttırması vatandaşların daha ucuza muayene oldukları kamu hastanelerine yönelmesine sebebiyet vermiş buna bağlı olarak da kamu hastanelerinde hasta yoğunluğu giderek artmıştır. Bu duruma kamu hastanesinde çalışan hekimin performansa dayalı ek ödemesini arttırmak için gereksiz tetkik ve müdahalelerin de eklenmesiyle devletin sağlık harcamaları sürekli artmıştır. Devletin sürekli artan sağlık harcamaları sonucu devlet katkı paylarını artırma, tetkik ve tedavi bazı ilaçlarının devlet ödemesinden çıkartma yoluna gidecektir. Böylece ciddi uzmanlık gerektiren hastalıkların tanı ve tedavi sürecinde hastalar kendi maddi olanakları çerçevesinde hizmet almaya mecbur kalacağı ortadadır.

Tam Gün Yasası'yla ilgili olarak Anayasa Mahkemesi'nin bazı maddeler için verdiği iptal kararının gerekçeli kararı yayınlanmıştır. Böylece 650 sayılı Kanun

Hükmünde Kararname ile bir kez daha getirilen çalışmaya ilişkin yasaklar Anayasa Mahkemesi tarafından 2012 senesinin 18 Temmuz’unda iptal edilmiştir. İptal kararı, 2013 senesinin 1 Ocak tarihinde Resmi Gazete’de yayımlanarak uygulamaya konuldu. Anayasa Mahkemesi gerekçeli kararını “Çeşitli kamu kuruluşlarında çalışan tabip, diş tabibi, uzman tabip gibi kamu görevlilerinin ikinci işte çalışma yasağına ilişkin kuralların 6223 sayılı yetki yasasının kapsamında yer almadığı ve bu sebeple bu alanın kanun hükmünde kararname ile düzenlenemeyeceğini” belirterek iptal kararını verdi. Anayasa Mahkemesi iptal kararının yürürlüğünü ise 6 ay sonrasına yani 2013 senesinin 1 Temmuz tarihine kadar erteledi.

650 sayılı Kanun hükmünde Kararnamenin iptal edilen hükümleri Üniversiteler ve Sağlık Bakanlığı tarafından uygulanmasına devam edilmektedir. Mart 2013’te Başbakan Recep Tayyip Erdoğan Tam Gün Yasası’na ilişkin yapacakları yasal bir düzenlemeyle üniversite hocalarının mesai bitiminde makul bir bedelle vatandaşla hizmet verebileceğini açıklamasına karşın 1 Temmuz 2013 tarihine kadar yeni yasa çıkarılmamıştır. 2 Ocak 2014 tarihi itibarıyla yeni bir torba yasa hazırlanıp TBMM tarafından onaylanarak yürürlüğe girmiştir. Bu torba yasayla Kamu Hastaneleri, TSK Hastaneleri ve Üniversite Hastanelerinde sözleşmeli öğretim üyesi istihdam edilebilecektir. Kamu hastanelerinde sözleşmeli olarak çalışmak isteyen öğretim üyelerinin tüm özlük ve akademik ünvanları, üniversite de çalışıyormuş gibi devam edecektir. Ayrıca profesör ve doçentler kurumundaki toplam sayılarının yarısını aşmamak şartıyla mesai saatleri dışında özel hastane ve vakıf hastanelerinde kurum sözleşmesi yaparak çalışabileceklerdir. Böyle bir düzenleme Anayasa Mahkemesi’nin daha önce verdiği iptal kararının gerekçesine uygun hazırlandığını göstermektedir. Fakat aynı madde ile öğretim üyesinin özelde elde ettiği gelir, çalıştığı kamu kurumu veya üniversite arasında paylaşılacağı da belirtilmiştir. Bu maddenin de öğretim üyeleri tarafından tekrar yargıya taşınacağı açıktır. Mesai dışı kurumda çalışma ise 5510 sayılı kanuna göre ödeme oranları düzenlenerek devam edecektir. Sağlık personeline 663 sayılı KHK ile belirlenen ikamet şartı kaldırılmış yerine icabet şartı getirilmiştir. Sağlık personeli mesai şartları dışında ikamet şartı aranmaksızın istenilen sağlık kurumuna çağrılacaktır. Bu torba yasada GATA da çalışan öğretim elemanları da tam gün uygulaması içine alınmıştır. Fakat sözleşmeli çalışma serbestisine ise izin verilmiştir.

Tam Gün Yasası, ğretim görevlisi olsun olmasın, bir kamu kurum ve kuruluşunda çalışan, asker sivil tüm doktorların tek bir yerde çalışmasını getirmiştir. “Tam Gün” adı altında sağlık sistemi ve hizmeti sosyal gerekçelerle, “piyasa”ya teslim edilmiş gözükmektedir. Bugün gelinen noktada özel hastaneler, kamu ve niversite hastanelerinden transfer ettikleri kalifiyeli hekimler aracılığıyla hastanelerine hasta (müşteri) ekme gayretindedirler. Özel hastaneler kalifiyeli sağlık hizmeti sunucularının niteliği ölçüsünde ve değişen oranlarda muayene ve tanı ücretleri (laboratuvar, röntgen, emar vs.) almaktadırlar. Bu yüksek muayene ücretini vermek istemeyen yoksul, orta ve az da olsa yüksek gelirli vatandaşların kamu hastanelerine yönelmesi kaçınılmazdır. Hal böyleyken devletin zorunlu haller dışında hastane yapmadığı göz önüne alınacak olursa, kamu hastanelerinde artan nüfusa paralel daha fazla bir yoğunluğun yaşanacağı açıktır.

### **Varsayımların Sonuçları ve Değerlendirilmesi**

I “i. **Tam Gün Yasası, uygulanmakta olan şekliyle kamu sağlık hizmet kalitesini olumsuz etkilemektedir.**” Performans, mesai dışı çalışma ve ek demeler ile hastaların nitelikli sağlık hizmeti almaları sağlanamamıştır. Kronik ya da ciddi hastalıkları olan vatandaşlar, nitelikli hekimlerin özel sağlık kurumlarını tercih etmeleri ve bu özel sağlık kurumlarının da sürekli artan ücretleri nedeniyle mağdur olmuşlardır. Tedavilerini takip eden ve belirleyen doktorlarını değiştirmek zorunda bırakılmışlardır. Bu sebeplerden dolayı varsayım tutarlıdır.

II “ii. **Sağlık hizmeti sunumunda insangücü planlamalarına ait yetersiz ve başarısız politikalar sağlık hizmet kalitesini olumsuz etkilemektedir.**” Sağlık hizmeti sunumunda Cumhuriyet Tarihi boyunca bu sunumun devletin değil, hkmetlerin bir sağlık politikası olarak görüldüğünden sürekli yeni yasalar çıkartılmak suretiyle istenilen başarı sağlanamamıştır. Yap bozlarla ilerleyen sağlık politikaları sağlık hizmet kalitesini olumsuz etkilemektedir. Bu varsayım tutarlıdır.

III “iii. **Tam Gün Yasası’yla getirilen performans uygulamaları, hekimlere odaklı uygulandığı için diğer yardımcı personelin motivasyonunu olumsuz etkilemektedir.**” Sağlık hizmeti bir bütündür. Hekimler yaptığı muayene, ameliyat istem ve diğer işlemlerin sayısıyla performans yapıp ek gelirlerini artırırken iş yükü

bu oranda artan diğer sağlık personelinin performansa dayalı ek gelirden faydalanmaması yardımcı sağlık personelinin motivasyonunu olumsuz etkilediği sonucuna varılmıştır. Bu varsayım tutarlıdır.

IV “iv. **Tam Gün Yasası’yla getirilen mesai dışı ve performans uygulamaları devletin sağlık harcamasını arttırmıştır.**” Hastalara yapılan her türlü sağlık girişiminin parasal bir karşılığı olan puan olması, gereksiz işlem hacminin artmasına neden olmuştur. Buna bağlı olarak da devletin sağlık harcamasında artış yaşanmıştır. Bu varsayım tutarlıdır.

V “v. **Özel hastanelerin katkı paylarını, teşhis ve tetkikte talep ettiği ücretlerini arttırması, kamu hastanelerinde hasta yoğunluğunun artmasına neden olmuştur.**” Sosyal Güvenlik Kurumu, artan sağlık harcamalarını azaltmak maksadıyla SUT uygulamalarında yaptığı değişikliklerle tasarrufa yönelmiştir. Özel hastanelere yapılan ödemelerde tasarrufa gidilmesi sonucu bu sağlık kurumları katkı ve diğer işlemlerdeki ücretlerini arttırmış bu durum vatandaşın daha ucuza muayene olduğu kamu hastanelerine yönelmesine neden olmuştur. Bu sebeble de kamu hastanelerinin hasta sayılarında ciddi bir artışa neden olmuştur. Bu nedenlerden dolayı varsayım tutarlıdır.

VI “vi. **Sağlıkta yapılan bu dönüşümle birlikte artan sağlık harcamaları sonucu devlet katkı paylarını artırma, tetkik, tedavi bazı ilaçlarının devlet ödemesinden çıkartma yoluna gidebilecektir.**” Her geçen gün artan sağlık harcaması nedeniyle devlet, bu harcamaları aşağı çekebilmek için daha önce vatandaşın ücretsiz aldığı 1. ve 2. Basamak sağlık hizmetini ücretli hale getirmiştir. Muadil ilaç uygulamasıyla en düşük ilaç fiyatı üzerinden ödeme yapılmaya başlanmış hatta bazı ilaçların devlet ödemesinden çıkartılması yoluna gidilmiştir. Hatta iki kez kullanılması sakınca doğuran bazı tıbbi cihazların tekrar kullanılmasına SGK’nın yayınladığı zeyilname ile göz yumulmuştur. Bu sebeplerlerden dolayı varsayım tutarlıdır.

## KAYNAKÇA

- Akdağ, R. - Nazlıoğlu, S. – Mollahilaloğlu S. ve diğ., Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu, Ankara, 2011
- Akdur, R., “Cumhuriyetten Günümüze Sağlık İnsangücü Politikaları” Hekim ve İnsan, S. 1, Ankara, 1999
- Aksakoğlu, G. – Kılıç, B. – Uçku, R., “Aile Hekimliği Modeli/Sistemi Türkiye İçin Uygun Değildir”, Toplum ve Hekim Dergisi, C. 18, S. 4, İstanbul, 2003
- Algan, N., “AH, Özel Hekimlik Özelleştirme Uygulaması mıdır?” TTB, Atölye Çalışması 3. Grup Raporu, Ankara, 2007
- Altan, S., “Hekimlerin Grev ve İş Yavaşlatma Biçimindeki Eylemleri Etik Açısından Haklı Görülebilir mi?” Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics, S. 12, İstanbul, 2004
- Arda, B., “Etik Açısından Hekim Hakları” Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, S. 51(3), Ankara, 1998
- Arda, B., “İş Ahlakı Açısından Tıp: Neredeyiz? Nereye Gidiyoruz?” Üniversite ve Toplum Dergisi, S. 3(1), (İnternet Dergisi), 2003. İnternet adresi: <http://www.universite-toplum.org/text.php3?id=109> (08.07.2013)
- Aydın, S., “Performansa Göre Ödeme Sistemleri ve Zorlukları” Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu Dergisi, S. 19, İstanbul, 2011. İnternet erişim adresi: <http://www.sdplatform.com/Dergi/514/Performansa-gore-odeme-sistemleri-ve-zorluklari.aspx> (30.08.2013)
- Belek, İ., Sağlıkın Politik Ekonomisi, İstanbul, 2009
- Bozkurt, Ö – Bozkurt, İ., “İş Tatminini Etkileyen İşletme İçi Faktörlerin Eğitim Sektörü Açısından Değerlendirilmesine Yönelik Bir Alan Araştırması”, Doğuş Üniversitesi Dergisi, S. 9 (1), İstanbul, 2008
- Dikmetaş, E. – İnan, N., “Sağlık İnsangücü Planlaması”, I. Ulusal Sağlık İdaresi

- Kongresi, 20-21 Mayıs, Ankara, 2000
- Erkoç, Y. – Şencan, İ. – Atasever, M., Sağlıkta Yönetici ve Birim Performansı, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2012
- Eskiocak, M., Bu Atölye Çalışması Nasıl Kurgulandı? Yöntem, Gerekçe Ve Beklentiler, TTB, Atölye Çalışması 3. Grup Raporu , Ankara, 2007
- Fusun Sayek TTB Raporları, Sağlık Emek-Gücü: Sayılar ve Gerçekler. Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara, 2008
- Güler, B. A., Kamu Personeli: Sistem ve Yönetim, İmge Yayınları, Ankara, 2005
- Gümrükçüoğlu, O. F., ve diğ., Türkiye Sağlık İnsangücü Durum Raporu, Sağlık Bakanlığı, Yayın No: 739, Uyum Ajans, Ankara, 2008
- Hornby P, Ray D. K., Shipp P. J., Hall T. L., Guidelines for Health Manpower Planning. A Course Book. WHO, Geneva, 1980
- İşlek, N., Hemşirelik Hizmetlerine İlişkin İşyükü Analizine Dayalı İnsangücü Planlaması: Klinik Ölçeğinde Bir Uygulama, HÜ, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Programı, YYLT, Ankara, 2005
- Kaçak, H., Hastanelerde Hizmet Faaliyetlerine Dayalı Hekim Planlaması ve Tahsisi, ATÜ, Sağlık Kurumları İşletmeciliği, YYLT, Ankara, 2010
- Kavuncubaşı, Ş – Yıldırım, S., Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitabevi, 2. Baskı, Ankara 2010
- Kılıç, B., Türkiye için Sağlık İnsangücü Planlaması ve İstihdam Politikaları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, S. 6(6), Ankara, 2007
- Kılıç, M. - Tunç, Ş., “İnsan Kaynakları Planlaması Açısından Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgelerinde Çalışan Hekimlerin Sorunları ve Memnuniyet Durumlarının Değerlendirilmesi”, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık İdaresi Dergisi, C. 7, S. 1, Ankara, 2004

Kumaş, H. - Beyaztaş, F.Y., “Türkiye'deki Hekimlerin Çalışma Koşullarının İrdenmesi” Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi Dergisi, S. 29(3), Sivas, 2007

Mollahilaloğlu, S., ve diğ., Türkiye'de Sağlığa Bakış, Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Bölük Ofset Matbaacılık, Ankara, 2007

Sağlık Bakanlığı (SB), Sağlıkta Dönüşüm, Ankara, 2003

Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta İnsan Kaynakları ve Politika Oluşturma Çalıştayı, Sağlık Bakanlığı Yayın No 718, Ankara, 2007

Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011, Yayın no: 885, Ankara, 2012

Sağlık Bakanlığı, Dünya Sağlık Örgütü ve Türkiye İle İlişkileri, Ankara 1997. İnternet erişim adresi:

[http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/dunya\\_saglik\\_orgutu\\_ve\\_turkiye\\_iliskileri.pdf](http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/dunya_saglik_orgutu_ve_turkiye_iliskileri.pdf) (11.07.2013)

Sağlık Der, Kamu Hastaneleri Birlikleri Kanun Tasarısı Raporu, Ankara, 2010.

İnternet erişim adresi:

<http://www.google.com.tr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=2&ved=0CC0QFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.saglikder.com%2FPortals%2F47%2Fraporlar%2F2.doc&ei=fWcMU539BqLP0QWShYDwDw&usg=AFQjCNG6gY4x-wa9mvGeuAtryikVgLnXRw&bvm=bv.61725948,d.bGQ> (12.12.2013)

Sayan, İ. Ö. – Küçük, A., Türkiye Kamu Personeli İstihdamında Dönüşüm: Sağlık Bakanlığı Örneği, AÜ, SBF Dergisi, C. 67, S. 1, Ankara, 2012

Solak, M. – Bayraktar, N. Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu (Kurumların Öğrenci ve Akademik Personel, Fiziki Mekan ve Kapasite, Cihaz ve Donanım Durumu), Uyum Ajans, Ankara, 2010

Şantaş, F. – Özer, Ö. – Çıraklı, Ü., “Türk Kalkınma Planlarında Sağlık İnsan Gücü Planlaması”, Çankırı Karatekin Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakül-

tesi Dergisi, Cilt (C.): 2, Sayı (S): 2, Çankırı, 2012

TTB, T.C. Sağlık Bakanlığı'ndan "Sağlık Holding'e", Devlet Hastaneleri'nden "Şirket Hastaneleri'ne", Ankara, 2011

Türkay, F., ve diğ., Sağlık İnsangücü Mevcut Durum Raporu, Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Birinci Sağlık Projesi, Doküman No: TSH/İGG/I-05/001, Ankara, 1996

Türkkan, A., "Kamu Hastane Birlikleri Hakkında Kanun Tasarısı ve Hakkaniyet" Türkiye Halk Sağlığı Dergisi, S. 9 (1), Ankara, 2011.

Uluslararası Yatırımcılar Derneği (YASED), Türkiye Sağlık Sektörü Raporu, İstanbul, 2012

Ünlütürk Ulutaş, Ç., Türkiye'de Sağlık Hizmeti Üretiminin Dönüşümü, AÜ, Sosyal Bilimler, YDT, Ankara, 2011

## EKLER

### EK 1: Tam Gün Yasası Kanun Tasarısı Taslağı Görüş ve neri Yazısı

T.C.

SAĞLIK BAKANLIĞI

ÇOK ACELE

Hukuk Müşavirliği

MDDETLİDİR

Sayı : B.10.0.HKM/010.01/17/7998

28 NİSAN 2008

**Konu:** Kanun Tasarısı Taslağı

### SAĞLIK VE SOSYAL HİZMET EMEKÇİLERİ SENDİKASINA

Kamuda alışan hekimlerin ve özel kanunlarına göre serbest çalışma hakkı bulunan diğer sağlık personelinin tamgün esasıyla çalıştırılması ve sağlıkla ilgili diğer bazı kanunlarda değişiklik yapılması amacıyla hazırlanan "*Sağlık Personelinin Tam Gün çalışmasına ve Sağlıkla İlgili Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Tasarısı Taslağı*" ilişikte gönderilmektedir.

Söz konusu Kanun Taslağı ile ilgili görüş ve önerilerinizin konunun **aciliyetine binaen 09 Mayıs 2008 tarihine kadar** Bakanlığımıza bildirilmesi hususunda gereğini önemle rica ederim.

Abdülkadir ATALIK

Bakan a.

Müsteşar Yardımcısı

EKLER:

EK-1 Kanun Taslağı

DAĞITIM:

- Türk Tabipleri Birliği
- Türk Dişhekimleri Birliği
- Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası
- Türkiye Sağlık ve Sosyal Hizmet Kolu Kamu Görevlileri Sendikası
- Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası

Cevap yazılarında yazımızın tarih ve sayı kodunun tam olarak bildirilmesi.İrtibat için: Hukuk Müşaviri Nurten YAYLACI Tel: (0312) 458 51 70 E-posta: nyaylaci@saglik.gov.tr

## **EK 2: Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Tasarısı**

**MADDE 1-** 4/1/1961 tarihli ve 209 sayılı Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanunun 5 inci maddesinin üçüncü fıkrasında yer alan "serbest çalışıp çalışmaması" ibaresi "tetkik, eğitim-öğretim ve araştırma faaliyetleri" şeklinde, dördüncü ve yedinci fıkraları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"Personelin katkısıyla elde edilen döner sermaye gelirlerinden personele bir ayda yapılacak ek ödemenin tutarı, ilgili personelin bir ayda alacağı aylık (ek gösterge dâhil), yan ödeme ve her türlü tazminat (makam, temsil ve görev tazminatı ile yabancı dil tazminatı hariç) toplamının; klinik şefleri ve şef yardımcıları ile uzman tabip kadrosuna atanan profesör ve doçentlerde yüzde 800'ünü, uzman tabip ve tıpta uzmanlık mevzuatında belirtilen dallarda bu mevzuat hükümlerine göre uzman olan-

lar ile uzman diş tabiplerinde yüzde 700'ünü, pratisyen tabip ve diş tabiplerinde yüzde 500'ünü, idari sağlık m¼d¼r yardımcısı, hastane m¼d¼r¼ ve eczacılarda yüzde 250'sini, başhemşirelerde yüzde 200'¼n¼, diğer personelde ise yüzde 150'sini geçemez. İşin ve hizmetin ¼zelliėi dikkate alınarak yoğun bakım, doğumhane, yeni doğan, s¼t çocuğu, yanık, diyaliz, ameliyathane, kemik iliği nakil ¼nitesi ve acil servis gibi hizmetlerde çalışan personel için yüzde 150 oranı, yüzde 200 olarak uygulanır. N¼bet hizmetleri hariç olmak ¼zere mesai saatleri dışında gelir getirici çalışmalarından doğan katkılarına karşılık olarak tabip, diş tabibi ve tıpta uzmanlık mevzuatına g¼re uzman olanlara bu fıkradaki oranların yüzde 30'unu, diğer personele yüzde 20'sini geçmeyecek şekilde ayrıca ek ¼deme yapılır. S¼zleřmeli olarak istihdam edilen personele yapılacak ek ¼demenin tutarı ise, aynı birimde aynı unvanlı kadroda çalışan ve hizmet yılı aynı olan emsali personel esas alınarak belirlenir ve bunlara yapılacak ek ¼deme hiçbir şekilde emsaline yapılabilecek ek ¼deme ¼st sınırını geçemez."

"4/11/1981 tarihli ve 2547 sayılı Y¼ksek¼ėretim Kanununun 38 inci maddesine g¼re Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı ve bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarında g¼revlendirilenler, aynı maddede belirtilen ilave ¼demelerden yararlanmamak kaydıyla, Bakanlık merkez veya bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarında g¼rev yaptıkları unvan için belirlenen ek ¼demeden faydalandırılır. Sağlık kurum ve kuruluşlarında ihtiyaç duyulması h¼linde, ilgilinin isteği ve kurumlarının muvafakatiyle diğer kamu kurum ve kuruluşlarında g¼revli sağlık personeli haftanın belirli g¼n veya saatlerinde veyahut belirli vakalar ve işler için g¼revlendirilebilirler. Yıl veya ay itibarıyla belirli bir s¼re için g¼revlendirme h¼linde bu kişilere, sadece g¼revlendirildikleri sağlık kuruluşundaki d¼ner sermaye işletmesinden ¼deme yapılır. Belirli bir vaka ve iş için g¼revlendirilenlere ise, kadrosunun bulunduğu kurumdaki d¼ner sermaye işletmesinden yapılan ¼demenin yanı sıra, katkı sağladıkları vaka ve iş dolayısıyla g¼revlendirildiėi sağlık kuruluşundaki d¼ner sermaye işletmesinden, ¼¼nc¼ ve d¼rd¼nc¼ fıkra esasları çerçevesinde ve toplamda tavan oranları geçmemek ¼zere d¼ner sermayeden ek ¼deme yapılır. Bu g¼revlendirmeye ilişkin usul ve esaslar Sağlık Bakanlığınca belirlenir."

**MADDE 2-** 4/11/1981 tarihli ve 2547 sayılı Yükseköğretim Kanununun 36 ncı maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"MADDE 36- Öğretim elemanları, üniversitede devamlı statüde görev yapar.

Öğretim elemanları, bu Kanun ile diğer kanunlarda belirlenen görevler ve telif hakları hariç olmak üzere, yükseköğretim kurumlarından başka yerlerde ücretli veya ücretsiz, resmi veya özel başka herhangi bir iş göremezler, ek görev alamazlar, serbest meslek icra edemezler. Öğretim elemanının görevi ile bağlantılı olarak verdiği hizmetin karşılığında telif ücreti adıyla bir bedel tahsil etmesi hâlinde 58 inci madde hükümleri uygulanır. Öğretim üyesi, kadrosunun bulunduğu yükseköğretim birimi ile sınırlı olmaksızın ve ihtiyaç bulunması hâlinde görevli olduğu üniversitede haftada asgari on saat ders vermekle yükümlüdür. Öğretim görevlisi ve okutmanlar ise, haftada asgari on iki saat ders vermekle yükümlüdür.

Öğretim elemanlarının, ders dışındaki uygulama, seminer, proje, bitirme ödvi ve tez danışmanlıklarının kaç ders saatine karşılık geldiği; kendi üniversitesi dışındaki Devlet veya vakıf üniversitelerine bağlı yükseköğretim kurumlarında haftada verebileceği azami ders saatleri ve uzaktan öğretim programlarında verdikleri derslerin örgün öğretim programlarında verilen kaç ders saatine tekabül ettiği Yükseköğretim Kurulu tarafından belirlenir.

Rektör, rektör yardımcısı, dekan, enstitü ve yüksekokul müdürlerinin ders verme yükümlülüğü yoktur. Dekan yardımcıları, enstitü ve yüksekokul müdür yardımcıları ve bölüm başkanları, bu madde hükümlerine göre haftada asgari beş saat ders vermekle yükümlüdür."

**MADDE 3-** 2547 sayılı Kanunun 38 inci maddesinin birinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiş ve maddeye bu fıkradan sonra gelmek üzere aşağıdaki fıkra eklenmiştir.

"Öğretim elemanları; ilgili kurumların talebi ve kendisinin muvafakati, üniversite yönetim kurulunun uygun görmesi ve rektörün onayı ile ihtiyaç duyulan konularda, özlük işlemleri kendi kurumlarınca yürütölmek kaydıyla, diğer kamu kurum ve kuruluşları ile kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşlarında geçici olarak

görevlendirilebilir. Bu şekilde görevlendirilenlerin, kadrosunun bulunduğu yükseköğretim kurumlarındaki aylık ve diğer ödemeler ile öteki hakları devam eder. Yükseköğretim Kurulu, bağlı birimleri ve Üniversitelerarası Kurul ile Adli Tıp Kurumunda görevlendirilenler hariç olmak üzere bu fıkra uyarınca görevlendirilenler döner sermayeden yararlanamaz.

Kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları ile dernek ve vakıfların yönetim ve denetim organlarında görev yapanlar bakımından ayrıca bir görevlendirme kararı aranmaz. Ancak bu görevler, öğretim elemanının bu Kanundan kaynaklanan mesaisini aksatmayacak şekilde yürütülür."

**MADDE 4-** 2547 sayılı Kanunun 58 inci maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"MADDE 58- a) Yükseköğretim kurumlarında üniversite yönetim kurulunun önerisi ve Yükseköğretim Kurulunun onayı ile döner sermaye işletmesi kurulabilir. Kurulacak döner sermaye işletmesinin başlangıç sermayesine ilgili yükseköğretim kurumu bütçesinde bu amaç için ödenek öngörülme şartıyla katkı sağlanabilir. Döner sermaye işletmesi faaliyetlerinden elde edilen gelirler, birimler itibarıyla ayrı hesaplarda izlenir. Döner sermaye işletmesine tahsis edilen sermaye, üniversite yönetim kurulu kararı ile artırılabilir. Artırılan sermaye tutarı yıl sonu kârlarından karşılanır.

Ödenmiş sermaye tutarı, tahsis edilen sermaye tutarına ulaştıktan sonra kalan yıl sonu kârı, döner sermaye işletmesinin hizmetlerinde kullanılmak üzere ertesi yılın gelirine ilave edilir.

Döner sermaye işletmesinin gelirleri, işletme adına yapılan mal ve hizmet satışları ile diğer gelirlerden oluşur.

Döner sermaye işletmesinden verilen hizmetler dolayısıyla öğretim elamanları adına her ne nam altında olursa olsun ayrıca ücret talep edilemez.

Süreklilik arz eden hizmet alımları ile maliyeti yüksek ve ileri teknoloji ürünü olan tıbbî cihazların hizmet alımı yoluyla temini veya kiralanması için döner sermaye kaynaklarından gelecek yıllara yaygın yüklenmelere girişilebilir.

b) Döner sermaye gelirlerinden tahsil edilen kısmın, tıp ve diş hekimliği fakülteleri ile sağlık uygulama ve araştırma merkezleri için asgari yüzde 35'i; ziraat ve veteriner fakülteleri, sivil havacılık yüksekokulu ile bünyesinde atölye veya laboratuvar bulunan yükseköğretim kurumları için asgari yüzde 25'i, diğer yükseköğretim kurumları için ise yüzde 15'i, ilgili yükseköğretim kurumunun ihtiyacı olan mal ve hizmet alımları, her türlü bakım, onarım, kiralama, devam etmekte olan projelerin tamamlanmasına yönelik inşaat işleri ve diğer ihtiyaçlar ile yönetici payları için kullanılır. Bu oranları yüzde 50'sine kadar artırmaya üniversite yönetim kurulu yetkilidir. Döner sermaye gelirlerinden tahsil edilen kısmın asgari yüzde 5'i, üniversite bünyesinde yürütülen bilimsel araştırma projelerinin finansmanı için kullanılır. Bu oranı artırmaya üniversite yönetim kurulu yetkilidir. Bu tutar döner sermaye muhasebe birimince, tahsilâtı takip eden ayın yirmisine kadar ilgili yükseköğretim kurumu hesabına yatırılır. Yatırılan bu tutarlar, yükseköğretim kurumu bütçesine öz gelir olarak kaydedilir. Kaydedilen bu tutarlar karşılığı olarak ilgili yükseköğretim kurumu bütçesine konulan ödenekler, gelir gerçekleştirmelerine göre kullanılır. Süresi içinde yatırılmayan tutarların tahsilinde 6183 sayılı Amme Alacaklarının Tahsil Usulü Hakkında Kanun hükümleri uygulanır.

Bilimsel araştırma projelerine ilişkin ödenekler, üniversite yönetim kurulunca gerekli görüldüğü takdirde, her bir proje için avans verilmek suretiyle de kullanılabilir.

Bilimsel araştırma projelerinin seçilmesi, uygulanması ve izlenmesi ile ödeneklerin kullanılması, genel hükümlerin ön ödemelere ilişkin sınırlamalarına bağlı kalınmaksızın avans verilmesi ve bu avansın mahsubuna dair usul ve esaslar Maliye Bakanlığının uygun görüşü alınarak Yükseköğretim Kurulu tarafından çıkarılacak yönetmelikle belirlenir.

c) Tıp ve diş hekimliği fakülteleri ile sağlık uygulama ve araştırma merkezlerinin hesabında toplanan döner sermaye gelirleri bakiyesinden, bu yerlerde;

1. Gelir getiren görevlerde çalışan öğretim üyesi ve öğretim görevlilerine aylık (ek gösterge dâhil), yan ödeme, ödenek (geliştirme ödeneği hariç) ve her türlü tazminat (makam, temsil ve görev tazminatı ile yabancı dil tazminatı hariç) toplamından oluşan ek ödeme matrahının yüzde 800'ünü, araştırma görevlilerine ise yüzde 500'ünü; bu yerlerde görevli olmakla birlikte gelire katkısı olmayan öğretim üyesi ve öğretim görevlilerine yüzde 600'ünü, araştırma görevlilerine ise yüzde 300'ünü,

2. 657 sayılı Devlet Memurları Kanununa tabi personel (döner sermaye işletme müdürlüğü ve döner sermaye saymanlık personeli dâhil) ile aynı Kanunun 4 üncü maddesinin (B) bendine göre sözleşmeli olarak çalışan personele ek ödeme matrahının; hastaneler başmüdürü için yüzde 250'sini, başhemşireler için yüzde 200'ünü, diğerleri için yüzde 150'sini; işin ve hizmetin özelliği dikkate alınarak yoğun bakım, doğumhane, yeni doğan, süt çocuğu, yanık, diyaliz, ameliyathane, kemik iliği nakil ünitesi ve acil servis hizmetlerinde çalışan personel için yüzde 200'ünü, geçmeyecek şekilde aylık ek ödeme yapılır. Sözleşmeli personele yapılacak ek ödeme matrahı, sözleşmeli personelin çalıştığı birim ve bulunduğu pozisyon unvanı itibarıyla aynı veya benzer unvanlı memur kadrosunda çalışan, hizmet yılı ve öğrenim durumu aynı olan emsali personel dikkate alınarak belirlenir. Emsali bulunmayan sözleşmeli personelin ek ödeme matrahı ise brüt sözleşme ücretlerinin yüzde 25'ini geçemez.

Nöbet hizmetleri hariç olmak üzere mesai saatleri dışında gelir getirici çalışmalarından doğan katkılarına karşılık olarak (1) numaralı bentte belirtilen personel için yüzde 50'sini, (2) numaralı bentte belirtilen personel için yüzde 20'sini geçmeyecek şekilde ayrıca aylık ek ödeme yapılır.

Yükseköğretim kurumlarının tıp ve diş hekimliği fakülteleri ile sağlık uygulama ve araştırma merkezlerinde ihtiyaç duyulması hâlinde ilgilinin isteği ve kurumlarının muvafakatiyle diğer kamu kurum ve kuruluşlarında görevli sağlık personeli haftanın belirli gün veya saatlerinde veyahut belirli vakalar ve işler için görevlendirilebilir. Belirli bir vaka ve iş için görevlendirilenlere, kadrosunun bulunduğu kurumdaki döner sermaye işletmesinden yapılan ödemenin yanı sıra, katkı sağladıkları vaka ve iş dolayısıyla görevlendirildiği sağlık kuruluşundaki döner sermaye işletmesinden, bu maddede belirtilen esaslar çerçevesinde ve toplamda tavan oranları geçmemek üzere döner sermayeden ek ödeme yapılır.

d) Ziraat ve veteriner fakülteleri, sivil havacılık yüksekokulu ve bünyesinde atölye veya laboratuvar bulunan yükseköğretim kurumlarında üretilen mal ve hizmetlerden elde edilen döner sermaye gelirlerine katkısı bulunan personele yapılacak ek ödemeler hakkında da (c) fıkrası hükümleri uygulanır.

e) Yükseköğretim kurumlarının (c) ve (d) fıkraları kapsamına girenler hari-  
cindeki diğer birimlerinde döner sermaye işletmesi hesabına yapılan iş veya hizmet-  
ler karşılığında tahsil edilen gelirlerden kanuni kesintiler ile varsa yapılan iş veya  
hizmetle bağlantılı giderler düşüldükten sonra geri kalan tutar, hizmet karşılığı olarak  
gelir tahsilâtının yapıldığı tarihi izleyen bir ay içinde, hizmeti veren öğretim eleman-  
larına, memurlara ve sözleşmeli personele ödenir.

f) Rektör, rektör yardımcısı ve genel sekreterlere, gelir getirici katkılarına ba-  
kılmaksızın, üniversite yönetim kurulunun uygun gördüğü birimin döner sermaye  
hesabından yönetici payı olarak ayrılan tutardan ek ödeme yapılır. Yapılacak ek  
ödemelerin tutarı ek ödeme matrahının, rektörler için yüzde 600'ünü, rektör yardımcı-  
ları için yüzde 300'ünü, genel sekreterler için yüzde 200'ünü geçemez.

Döner sermaye gelirinin elde edildiği birimlerin dekan, başhekim ve enstitü ve  
yüksekokul müdürleri ile bunların yardımcılarına, gelir getirici katkılarına bakılmaksı-  
zın, görev yaptıkları birimin döner sermaye gelirlerinden yönetici payı olarak ayrılan  
tutardan ek ödeme yapılır. Yapılacak ek ödemenin tutarı ek ödeme matrahının, dekan,  
enstitü ve yüksekokul müdürü için yüzde 250'sini, bunların yardımcıları için yüzde  
100'ünü; tıp ve diş hekimliği fakülteleri dekanları ile sağlık uygulama ve araştırma  
merkezleri başhekimleri için yüzde 500'ünü, bunların yardımcıları için yüzde 300'ünü  
geçemez.

Bu fıkra kapsamında bulunan yöneticilere, mesai saatleri içerisinde verdikleri  
meslekî hizmetlerinden dolayı ayrıca ek ödeme yapılmaz; mesai saatleri dışında dö-  
ner sermaye gelirlerine katkıları bulunması hâlinde alabilecekleri toplam ek ödeme  
tutarı, hiçbir şekilde yönetici payı dâhil ilgisine göre (c), (d) ve (e) fıkralarında belir-  
tilen esaslara göre hesaplanacak tutarı geçemez.

g) Bu madde uyarınca 2914 sayılı Yüksek Öğretim Personel Kanununa tabi personele yapılan ödemeler, 4505 sayılı Sosyal Güvenlikle İlgili Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılması ve Temsil Tazminatı Ödenmesi Hakkında Kanunun 5 inci maddesinin (c) fıkrası ile 631 sayılı Memurlar ve Diğer Kamu Görevlilerinin Mali ve Sosyal Haklarında Düzenlemeler ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 16 ncı maddesi hükümlerinin uygulanmasında dikkate alınmaz.

h) Yapılacak ek ödeme oranları ile bu ödemelerin esas ve usulleri; yükseköğretim kurumlarının hizmet sunum şartları ve kriterleri de dikkate alınmak suretiyle personelin unvanı, görevi, çalışma şartları ve süresi, eğitim-öğretim ve araştırma faaliyetleri ve meslekî uygulamalar ile ilgili performansı ve özellik arz eden riskli bölümlerde çalışma gibi hizmete katkı unsurları esas alınarak Maliye Bakanlığının uygun görüşü üzerine Yükseköğretim Kurulu tarafından çıkarılacak yönetmelikle belirlenir.

ı) Döner sermaye işletmelerinin faaliyet alanları, gelir ve giderleri, sermaye limitleri ile işletmelerin yönetimine ilişkin esas ve usuller Maliye Bakanlığının uygun görüşü üzerine Yükseköğretim Kurulunca çıkarılacak yönetmelikle belirlenir."

**MADDE 5-** 2547 sayılı Kanuna aşağıdaki geçici madde eklenmiştir. "GEÇİCİ MADDE 57- Bu Kanunun yayımlandığı tarihte kısmî statüde görev yapmakta olan öğretim üyelerinden, Kanunun yayımlandığı tarihten itibaren altı ay içerisinde talepte bulunanlar devamlı statüye geçirilir. Bu süre içerisinde talepte bulunmayanlar istifa etmiş sayılır."

**MADDE 6-** 11/4/1928 tarihli ve 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunun 12 nci maddesinin ikinci ve üçüncü fıkraları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"Tabip, diş tabibi ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar, aşağıdaki bentlerden yalnızca birindeki sağlık kurum ve kuruluşlarında mesleklerini icra edebilir.

a. Kamu kurum ve kuruluşları,

b. Sosyal Güvenlik Kurumu ve kamu kurumları ile sözleşmeli çalışan özel sağlık kurum ve kuruluşları; Sosyal Güvenlik Kurumu ve kamu kurumları ile sözleşmeli çalışan vakıf üniversiteleri,

c. Sosyal Güvenlik Kurumu ve kamu kurumları ile sözleşmesi bulunmayan özel sağlık kurum ve kuruluşları; Sosyal Güvenlik Kurumu ve kamu kurumları ile sözleşmesi bulunmayan vakıf üniversiteleri; serbest meslek icrası.

Tabip, dış tabibi ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar, ikinci fıkranın her bir bendi kapsamında olmak kaydıyla birden fazla sağlık kurum ve kuruluşunda çalışabilir. Bu çalışmaya ve işyeri hekimliğine ilişkin esaslar Sağlık Bakanlığınca belirlenir."

**MADDE 7-** 1219 sayılı Kanuna aşağıdaki ek madde eklenmiştir.

"EK MADDE 12- Kamu sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan tabip, dış tabibi ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar, tıbbî kötü uygulama nedeniyle kendilerinden talep edilebilecek zararlar ile kurumlarınca kendilerine yapılacak rüculara karşı sigorta yaptırmak zorundadır. Bu sigorta priminin yarısı kendileri tarafından, diğer yarısı döner sermayesi bulunan kurumlarda döner sermayeden, döner sermayesi bulunmayan kurumlarda kurum bütçelerinden ödenir.

Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan veya mesleklerini serbest olarak icra eden tabip, dış tabibi ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar, tıbbî kötü uygulama sebebi ile kişilere verebilecekleri zararlar ile bu sebeple kendilerine yapılacak rücuları karşılamak üzere meslekî malî sorumluluk sigortası yaptırmak zorundadır.

Zorunlu meslekî malî sorumluluk sigortası, mesleklerini serbest olarak icra edenlerin kendileri; özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışanlar için ilgili özel sağlık kurum ve kuruluşları tarafından yaptırılır.

Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışanların sigorta primlerinin yarısı kendileri tarafından, yarısı istihdam edenlerce ödenir. İstihdam edenlerce ilgili sağlık çalışanı için ödenen sigorta primi, hiçbir isim altında ve hiçbir şekilde çalışanın maaş

ve sair malî haklarından kesilemez, buna ilişkin hüküm ihtiva eden sözleşme yapılmaz.

Zorunlu sigortalara ilişkin teminat tutarları ile uygulama usul ve esasları Sağlık Bakanlığının görüşü alınarak Hazine Müsteşarlığınca belirlenir.

Bu maddedeki zorunlu sigortaları yaptırmayanlara, mülki idare amirince sigortası yaptırılmayan her kişi için beşbin Türk Lirası idarî para cezası verilir."

**MADDE 8-** 14/7/1965 tarihli ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 99 uncu maddesinin birinci fıkrasına aşağıdaki cümle eklenmiştir.

"Ancak, iyonlaştırıcı radyasyonla teşhis, tedavi veya araştırmanın yapıldığı yerler ile bu iş veya işlemlerde çalışan personel için haftalık çalışma süresi 37,5 saatir ve bu süre içerisinde, Sağlık Bakanlığınca çıkarılacak yönetmelikte belirtilen radyasyon dozu limitleri ayrıca dikkate alınır, bu çalışma süresi içinde doz limitlerinin aşılmaması için alınması gereken tedbirler ile aşıldığı takdirde izinle geçirilecek süreler ve alınacak diğer tedbirler yönetmelikle belirlenir."

**MADDE 9-** 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun ek 33 üncü maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir. "EK MADDE 33- Yataklı tedavi kurumları, ağız ve diş sağlığı merkezleri ve 112 acil sağlık hizmetlerinde haftalık çalışma süresi dışında normal, acil veya branş nöbeti tutarak, bu nöbet karşılığında kurumunca izin kullanmasına müsaade edilmeyen memurlar ile sözleşmeli personele, izin suretiyle karşılanamayan her bir nöbet saati için (nöbet süresi kesintisiz 6 saatten az olmamak üzere), aşağıda gösterilen gösterge rakamlarının aylık katsayısı ile çarpılması sonucu hesaplanacak tutarda nöbet ücreti ödenir. Ancak ayda 130 saatten fazlası için ödeme yapılmaz. Bu ücret damga vergisi hariç herhangi bir vergi ve kesintiye tabi tutulmaz.

|                                                                                                                                                                        | Gösterge |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| a) Klinik şefi, şef yardımcısı, başasistan, uzman tabip                                                                                                                | 100      |
| b) Tabip, tıpta uzmanlık mevzuatında belirtilen dallarda, bu mevzuat hükümlerine göre uzmanlık belgesi alan tabip dışı personel, aynı dallarda doktora belgesi alanlar | 90       |
| c) Diş tabibi                                                                                                                                                          | 80       |
| ç) Mesleki yüksek öğrenim görmüş sağlık personeli                                                                                                                      | 60       |
| d) Lise dengi mesleki öğrenim görmüş sağlık personeli                                                                                                                  | 50       |
| e) Diğer personel                                                                                                                                                      | 35       |

Bu madde hükmü, üniversitelerin yataklı tedavi kurumlarında çalışan ve 2547 sayılı Yükseköğretim Kanununun 50 nci maddesinin (e) bendi kapsamında bulunanlar hakkında da uygulanır.

İcap nöbeti tutan ve bu nöbet karşılığında kurumunca izin kullanmasına müsaade edilmeyen memurlar ile sözleşmeli personele, izin suretiyle karşılanamayan her bir icap nöbeti saati için, icap nöbeti süresi kesintisiz 12 saatten az olmamak üzere, yukarıda nöbet ücreti için belirlenen ücretin yüzde 40'ı tutarında icap nöbet ücreti ödenir. Bu şekilde ücretlendirilebilecek toplam icap nöbeti süresi aylık 120 saati geçemez.

Bu madde uyarınca yapılacak ödemeler, döner sermayesi bulunan kurumlarda döner sermaye bütçesinden karşılanır."

**MADDE 10-** 7/5/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa aşağıdaki ek madde eklenmiştir.

"EK MADDE 9- Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurum ve kuruluşları ile üniversitelerin ilgili birimleri, Bakanlık ve üniversitelerce karşılıklı olarak işbirliği

çerçevesinde birlikte kullanılabilir. Birlikte kullanım ve işbirliğine ilişkin usul ve esaslar ile ilgili mevzuat hükümleri çerçevesinde döner sermaye gelirlerinden personele yapılacak ek ödemelere ilişkin esaslar Maliye Bakanlığı ve Yükseköğretim Kurulunun görüşü alınarak Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılacak yönetmelikle belirlenir."

**MADDE 11-** 27/7/1967 tarihli ve 926 sayılı Türk Silâhlı Kuvvetleri Personel Kanununun ek 17 nci maddesinin (C) fıkrasından sonra gelmek üzere aşağıdaki (Ç) fıkrası eklenmiştir.

"Ç) Türk Silâhlı Kuvvetleri kadrolarında bulunan ve aşağıda rütbeleri belirtilen personelden öğretim üyesi tabip, uzman tabip, uzman dış tabibi, tabip, dış tabibi ve tıpta uzmanlık mevzuatında belirtilen dallarda bu mevzuat hükümlerine göre uzman olanlar hizalarında gösterilen oranları geçmemek üzere Orgeneral aylığının (ek gösterge dâhil) brüt tutarı ile çarpımı sonucu bulunan miktarda sağlık hizmetleri tazminatı ayrıca ödenir.

Türk Silâhlı Kuvvetleri kadrolarında görevli sivil öğretim üyesi tabiplere ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanununa tabi olarak görev yapan uzman tabip, uzman dış tabibi, tabip ve dış tabiplerine aşağıda belirtilen oranları geçmemek üzere en yüksek Devlet Memuru aylığının (ek gösterge dahil) brüt tutarı ile çarpımı sonucu bulunan miktarda sağlık hizmetleri tazminatı ayrıca ödenir.

Sağlık hizmetleri tazminatının oranları ile usul ve esasları; personelin rütbesi, unvanı, görevi, çalışma şartları ve süresi, görev yeri ve özellikleri, eğitim-öğretim ve araştırma faaliyetleri ve mesleki uygulamaları ve özellik arz eden riskli bölümlerde çalışma gibi hizmete katkı unsurları esas alınarak Maliye Bakanlığının uygun görüşü üzerine Milli Savunma Bakanlığınca belirlenir.

Sağlık hizmetleri tazminatından yararlanan personele, 17/11/1983 tarihli ve 2957 sayılı Kanunun 6 ncı maddesi, 10/6/1985 tarihli ve 3225 sayılı Kanunun 14 üncü maddesi ve 27/6/1989 tarihli ve 375 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin ek 3 üncü maddesi hükümlerine göre ödeme yapılmaz."

| RÜTBELER              | TAZMİNAT ORANLARI (%)                 |                                                          |                     |               |
|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------|---------------|
|                       | Öğretim Üyesi<br>Tabip/Uzman<br>Tabip | Tabip/ Tıpta uzmanlık mev-<br>zuatına göre uzman olanlar | Uzman Dış<br>Tabibi | Dış<br>Tabibi |
| General/Amiral        | 585                                   | 455                                                      | 390                 | 260           |
| Kıdemli Albay         | 550                                   | 425                                                      | 365                 | 230           |
| Albay                 | 545                                   | 415                                                      | 360                 | 220           |
| Yarbay                | 515                                   | 380                                                      | 345                 | 215           |
| Kıdemli Binbaşı       | 500                                   | 370                                                      | 340                 | 210           |
| Binbaşı               | 500                                   | 370                                                      | 340                 | 210           |
| Kıdemli Yüzbaşı       | 460                                   | 320                                                      | 305                 | 175           |
| Yüzbaşı               | 460                                   | 320                                                      | 305                 | 175           |
| Kıdemli Üsteğ-<br>men | 420                                   | 280                                                      | 285                 | 165           |
| Üsteğmen              | 420                                   | 280                                                      | 285                 | 165           |
| Teğmen                | 380                                   | 250                                                      | 280                 | 160           |
| Asteğmen              | 370                                   | 240                                                      | 270                 | 130           |

| DERE-<br>CE | TAZMİNAT ORANLARI (%)              |                                                          |                     |               |
|-------------|------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------|---------------|
|             | Öğretim Üyesi<br>Tabip/Uzman Tabip | Tabip/ Tıpta uzmanlık mevzuatı-<br>na göre uzman olanlar | Uzman Dış<br>Tabibi | Dış<br>Tabibi |
| 1           | 535                                | 400                                                      | 365                 | 235           |
| 2-3         | 520                                | 390                                                      | 360                 | 230           |
| 4-5         | 480                                | 340                                                      | 325                 | 195           |
| 6-7         | 440                                | 300                                                      | 305                 | 185           |
| 8-9         | 400                                | 270                                                      | 300                 | 180           |

**MADDE 12-** 926 sayılı Kanuna aşağıdaki ek madde eklenmiştir.

"EK MADDE 26- Gülhane Askeri Tıp Akademisi Komutanlığına bağlı eğitim hastaneleri ile askeri tıp fakültesinde öğretim üyesi veya tabip ihtiyacı doğması halinde, Türk Silâhlı Kuvvetleri Sağlık Komutanlığının talebi üzerine Sağlık Bakanlığı ve Yükseköğretim Kurulu tarafından öncelikli olarak görevlendirme yapılır.

Türk Silâhlı Kuvvetlerine bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarında ihtiyaç duyulması ve Türk Silâhlı Kuvvetleri Sağlık Komutanlığının talep etmesi halinde, Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarında veya üniversite hastanelerinde görevli öğretim üyeleri ile diğer sağlık personeli, haftanın belirli gün veya saatlerinde veya belirli vakalar ve işler için Sağlık Bakanlığı veya Yükseköğretim Kurulu tarafından görevlendirilir.

657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 99 uncu maddesinin birinci fıkrasının ikinci cümlesi hükmü, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Komutanlığı ve Türk Silâhlı Kuvvetlerine bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarında iyonlaştırıcı radyasyonla teşhis, tedavi veya araştırmanın yapıldığı yerler ile bu iş veya işlemlerde çalışan personel hakkında da uygulanır."

**MADDE 13-** Bu maddenin yürürlüğe girdiği tarihte;

a. 31/12/1980 tarihli ve 2368 sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun,

b. 4/11/1981 tarihli ve 2547 sayılı Yükseköğretim Kanununun ek 22 nci maddesi,

c. 14/4/1982 tarihli ve 2659 sayılı Adli Tıp Kurumu Kanununun 30 uncu maddesinin üçüncü fıkrası,

d. 17/11/1983 tarihli ve 2955 sayılı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Kanununun 32 nci maddesinin birinci fıkrasının son cümlesi,

e. 31/5/2006 tarihli ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 73 üncü maddesinin üçüncü fıkrasının ikinci cümlesi, yürürlükten kaldırılmıştır.

**MADDE 14-** Bu Kanunun 5 inci, 8 inci ve 9 uncu maddeleri yayımı tarihinde, diğer maddeleri yayımı tarihinden altı ay sonra yürürlüğe girer.

**MADDE 15-** Bu Kanun hükümlerini Bakanlar Kurulu yürütür.

### **EK 3: 5947 sayılı Üniversite Ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun**

**Kanun No. 5947 Kabul Tarihi: 21/1/2010**

**MADDE 1-** 4/1/1961 tarihli ve 209 sayılı Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanunun 5 inci maddesinin üçüncü fıkrasında yer alan "serbest çalışıp çalışmaması" ibaresi "tetkik, eğitim-öğretim ve araştırma faaliyetleri" şeklinde, dördüncü ve yedinci fıkraları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“Personelin katkısıyla elde edilen döner sermaye gelirlerinden personele bir ayda yapılacak ek ödemenin tutarı, ilgili personelin bir ayda alacağı aylık (ek gösterge dahil), yan ödeme ve her türlü tazminat (makam, temsil ve görev tazminatı ile yabancı dil tazminatı hariç) toplamının; klinik şefleri ve şef yardımcıları ile uzman tabip kadrosuna atanan profesör ve doçentlerde yüzde 800'ünü, uzman tabip ve tıpta uzmanlık mevzuatında belirtilen dallarda bu mevzuat hükümlerine göre uzman olanlar ile uzman dış tabiplerinde yüzde 700'ünü, pratisyen tabip ve dış tabiplerinde yüzde 500'ünü, idari sağlık müdür yardımcısı, hastane müdürü ve eczacılarda yüzde 250'sini, başhemşirelerde yüzde 200'ünü, diğer personelde ise yüzde 150'sini geçemez. İşin ve hizmetin özelliği dikkate alınarak yoğun bakım, doğumhane, yeni doğan, süt çocuğu, yanık, diyaliz, ameliyathane, enfeksiyon, özel bakım gerektiren ruh sağlığı, organ ve doku nakli, acil servis ve benzeri sağlık hizmetlerinde çalışan personel için yüzde 150 oranı, yüzde 200 olarak uygulanır. Nöbet hizmetleri hariç ol-

mak üzere mesai saatleri dışında gelir getirici çalışmalarından doğan katkılarına karşılık olarak tabip, diş tabibi ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlara bu fıkradaki oranların yüzde 30'unu, diğer personele yüzde 20'sini geçmeyecek şekilde ayrıca ek ödeme yapılır. Sözleşmeli olarak istihdam edilen personele yapılacak ek ödemenin tutarı ise, aynı birimde aynı unvanlı kadroda çalışan ve hizmet yılı aynı olan emsali personel esas alınarak belirlenir ve bunlara yapılacak ek ödeme hiçbir şekilde emsaline yapılabilecek ek ödeme üst sınırını geçemez.”

“4/11/1981 tarihli ve 2547 sayılı Yükseköğretim Kanununun 38 inci maddesine göre Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı ve bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarında görevlendirilenler, aynı maddede belirtilen ilave ödemelerden yararlanmamak kaydıyla, Bakanlık merkez veya bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yaptıkları unvan için belirlenen ek ödemeden faydalandırılır. Sağlık kurum ve kuruluşlarında ihtiyaç duyulması halinde, ilgilinin isteği ve kurumlarının muvafakatiyle diğer kamu kurum ve kuruluşlarında görevli sağlık personeli haftanın belirli gün veya saatlerinde veyahut belirli vakalar ve işler için görevlendirilebilirler. Yıl veya ay itibarıyla belirli bir süre için görevlendirme halinde bu kişilere, sadece görevlendirildikleri sağlık kuruluşundaki döner sermaye işletmesinden ödeme yapılır. Belirli bir vaka ve iş için görevlendirilenlere ise, kadrosunun bulunduğu kurumdaki döner sermaye işletmesinden yapılan ödemenin yanı sıra, katkı sağladıkları vaka ve iş dolayısıyla görevlendirildiği sağlık kuruluşundaki döner sermaye işletmesinden, üçüncü ve dördüncü fıkra esasları çerçevesinde ve toplamda tavan oranları geçmemek üzere döner sermayeden ek ödeme yapılır. Bu görevlendirmeye ilişkin usul ve esaslar Sağlık Bakanlığınca belirlenir.”

**MADDE 2-** 209 sayılı Kanuna aşağıdaki ek madde eklenmiştir.

“EK MADDE 3 - Sağlık Bakanlığı ile Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı kadro ve pozisyonlarına (döner sermaye dahil) atanan ve 5 inci madde (altıncı fıkra kapsamında ek ödeme alanlar hariç) gereğince döner sermaye gelirlerinden ek ödeme alan klinik şef ve şef yardımcılarının en yüksek Devlet memuru aylığının (ek gösterge dahil) % 410'u, uzman tabip, tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar ile uzman diş tabiplerine % 335'i ve pratisyen tabip ve diş tabiplerine

ise % 180'i oranında, her ay herhangi bir katkıya bağlı olmaksızın döner sermaye gelirlerinden ek ödeme yapılır. Bu ödemeye hak kazanılmasında ve ödenmesinde aylıklara ilişkin hükümler uygulanır.

Bu madde kapsamında yapılan aylık ek ödeme tutarı, 5 inci madde kapsamında aynı aya ilişkin olarak yapılacak olan ek ödeme tutarından mahsup edilir. Bu maddeye göre yapılan ek ödemenin 5 inci madde kapsamında aynı aya ilişkin olarak yapılacak ek ödemedan fazla olması halinde aradaki fark geri alınmaz. Bu madde kapsamında ödeme yapılanlara 375 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin ek 3 üncü maddesi hükümlerine göre ek ödeme yapılmaz.”

**MADDE 3-** 4/11/1981 tarihli ve 2547 sayılı Yükseköğretim Kanununun 36 ncı maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“MADDE 36- Öğretim elemanları, üniversitede devamlı statüde görev yapar.

Öğretim elemanları, bu kanun ile diğer kanunlarda belirlenen görevler ve telif hakları hariç olmak üzere, yükseköğretim kurumlarından başka yerlerde ücretli veya ücretsiz, resmi veya özel başka herhangi bir iş göremezler, ek görev alamazlar, serbest meslek icra edemezler. Öğretim elemanının görevi ile bağlantılı olarak verdiği hizmetin karşılığında telif ücreti adıyla bir bedel tahsil etmesi halinde 58 inci madde hükümleri uygulanır.

Öğretim üyesi, kadrosunun bulunduğu yükseköğretim birimi ile sınırlı olmaksızın ve ihtiyaç bulunması halinde görevli olduğu üniversitede haftada asgari on saat ders vermekle yükümlüdür. Öğretim görevlisi ve okutmanlar ise, haftada asgari on iki saat ders vermekle yükümlüdür.

Öğretim elemanlarının, ders dışındaki uygulama, seminer, proje, bitirme ödvi ve tez danışmanlıklarının kaç ders saatine karşılık geldiği; kendi üniversitesi dışındaki devlet veya vakıf üniversitelerine bağlı yükseköğretim kurumlarında haftada verebileceği azami ders saatleri ve uzaktan öğretim programlarında verdikleri derslerin örgün öğretim programlarında verilen kaç ders saatine tekabül ettiği Yükseköğretim Kurulu tarafından belirlenir.

Rektör, rektör yardımcısı, dekan, enstitü ve yüksekokul müdürlerinin ders verme yükümlülüğü yoktur. Başhekimler, dekan yardımcıları, enstitü ve yüksekokul müdür yardımcıları ve bölüm başkanları, bu madde hükümlerine göre haftada asgari beş saat ders vermekle yükümlüdür.”

**MADDE 4-** 2547 sayılı Kanunun 38 inci maddesinin birinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiş ve maddeye bu fıkradan sonra gelmek üzere aşağıdaki fıkra eklenmiştir.

“Öğretim elemanları; ilgili kurumların talebi ve kendisinin muvafakati, üniversite yönetim kurulunun uygun görmesi ve rektörün onayı ile ihtiyaç duyulan konularda, özlük işlemleri kendi kurumlarınca yürütölmek kaydıyla, diğör kamu kurum ve kuruluşları ile kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşlarında geçici olarak görevlendirilebilir. Bu şekilde görevlendirilenlerin, kadrosunun bulunduğı yükseköğretim kurumlarındaki aylık ve diğör ödemeler ile öteki hakları devam eder. Yükseköğretim Kurulu, bağılı birimleri ve Üniversitelerarası Kurul ile Adli Tıp Kurumunda görevlendirilenler hariç olmak üzere bu fıkra uyarınca görevlendirilenler döner sermayeden yararlanamaz.

Kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları ile dernek ve vakıfların yönetim ve denetim organlarında görev yapanlar bakımından ayrıca bir görevlendirme kararı aranmaz. Ancak bu görevler, öğretim elemanının bu Kanundan kaynaklanan mesaisini aksatmayacak şekilde yürütölür.”

**MADDE 5-** 2547 sayılı Kanunun 58 inci maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“MADDE 58 - a) Yükseköğretim kurumlarında üniversite yönetim kurulunun önerisi ve Yükseköğretim Kurulunun onayı ile döner sermaye işletmesi kurulabilir. Kurulacak döner sermaye işletmesinin başlangıç sermayesine ilgili yükseköğretim kurumu bütçesinde bu amaç için ödenek öngörölmek şartıyla katkı sağlanabilir.

Döner sermaye işletmesi faaliyetlerinden elde edilen gelirler, birimler itibarıyla ayrı hesaplarda izlenir.

Döner sermaye işletmesine tahsis edilen sermaye, üniversite yönetim kurulu kararı ile artırılabilir. Artırılan sermaye tutarı yıl sonu kârlarından karşılanır.

Ödenmiş sermaye tutarı, tahsis edilen sermaye tutarına ulaştıktan sonra kalan yıl sonu kârı, döner sermaye işletmesinin hizmetlerinde kullanılmak üzere ertesi yılın gelirine ilave edilir.

Döner sermaye işletmesinin gelirleri, işletme adına yapılan mal ve hizmet satışları ile diğer gelirlerden oluşur.

Döner sermaye işletmesinden verilen hizmetler dolayısıyla öğretim elamanları adına her ne nam altında olursa olsun ayrıca ücret talep edilemez.

Süreklilik arz eden hizmet alımları ile maliyeti yüksek ve ileri teknoloji ürünü olan tıbbi cihazların hizmet alımı yoluyla temini veya kiralanması için döner sermaye kaynaklarından gelecek yıllara yaygın yüklenmelere girişilebilir.

b) Döner sermaye gelirlerinden tahsil edilen kısmın, tıp ve diş hekimliği fakülteleri ile sağlık uygulama ve araştırma merkezleri için asgari yüzde 35'i, ziraat ve veteriner fakülteleri, sivil havacılık yüksekokulu ile bünyesinde atölye veya laboratuvar bulunan yükseköğretim kurumları için asgari yüzde 25'i, diğer yükseköğretim kurumları için ise yüzde 15'i, ilgili yükseköğretim kurumunun ihtiyacı olan mal ve hizmet alımları, her türlü bakım, onarım, kiralama, devam etmekte olan projelerin tamamlanmasına yönelik inşaat işleri ve diğer ihtiyaçlar ile yönetici payları için kullanılır. Bu oranları yüzde 50'sine kadar artırmaya üniversite yönetim kurulu yetkilidir.

Döner sermaye gelirlerinden tahsil edilen kısmın yüzde 5'i, üniversite bünyesinde yürütülen bilimsel araştırma projelerinin finansmanı için kullanılır. Bu tutar döner sermaye muhasebe birimince, tahsilatı takip eden ayın yirmisine kadar ilgili yükseköğretim kurumu hesabına yatırılır. Yatırılan bu tutarlar, yükseköğretim kurumu bütçesine öz gelir olarak kaydedilir. Kaydedilen bu tutarlar karşılığı olarak ilgili yükseköğretim kurumu bütçesine konulan ödenekler, gelir gerçekleştirmelerine göre kullanılır. Süresi içinde yatırılmayan tutarların tahsilinde 6183 sayılı Kanun hükümleri uygulanır.

Bilimsel araştırma projelerine ilişkin ödenekler, üniversite yönetim kurulunca gerekli görüldüğü takdirde, her bir proje için avans verilmek suretiyle de kullanılabilir.

Bilimsel araştırma projelerinin seçilmesi, uygulanması ve izlenmesi ile ödeneklerin kullanılması, genel hükümlerin ön ödemelere ilişkin sınırlamalarına bağlı kalınmaksızın avans verilmesi ve bu avansın mahsubuna dair usul ve esaslar Maliye Bakanlığının uygun görüşü alınarak Yükseköğretim Kurulu tarafından çıkarılacak yönetmelikle belirlenir.

c) Tıp ve diş hekimliği fakülteleri ile sağlık uygulama ve araştırma merkezlerinin hesabında toplanan döner sermaye gelirleri bakiyesinden, bu yerlerde;

1) Gelir getiren görevlerde çalışan öğretim üyesi ve öğretim görevlilerine aylık (ek gösterge dahil), yan ödeme, ödenek (geliştirme ödeneği hariç) ve her türlü tazminat (makam, temsil ve görev tazminatı ile yabancı dil tazminatı hariç) toplamından oluşan ek ödeme matrahının yüzde 800'ünü, araştırma görevlilerine ise yüzde 500'ünü; bu yerlerde görevli olmakla birlikte gelire katkısı olmayan öğretim üyesi ve öğretim görevlilerine yüzde 600'ünü, araştırma görevlilerine ise yüzde 300'ünü,

2) 657 sayılı Devlet Memurları Kanununa tabi personel (döner sermaye işletme müdürlüğü ve döner sermaye saymanlık personeli dahil) ile aynı Kanunun 4 üncü maddesinin (B) bendine göre sözleşmeli olarak çalışan personele ek ödeme matrahının; hastaneler başmüdürü ve eczacılar için yüzde 250'sini, başhemşireler için yüzde 200'ünü, diğerleri için yüzde 150'sini, işin ve hizmetin özelliği dikkate alınarak yoğun bakım, doğumhane, yeni doğan, süt çocuğu, yanık, diyaliz, ameliyathane, enfeksiyon, özel bakım gerektiren ruh sağlığı, organ ve doku nakli, acil servis ve benzeri sağlık hizmetlerinde çalışan personel için yüzde 200'ünü geçmeyecek şekilde aylık ek ödeme yapılır. Sözleşmeli personele yapılacak ek ödeme matrahı, sözleşmeli personelin çalıştığı birim ve bulunduğu pozisyon unvanı itibarıyla aynı veya benzer unvanlı memur kadrosunda çalışan, hizmet yılı ve öğrenim durumu aynı olan emsali personel dikkate alınarak belirlenir. Emsali bulunmayan sözleşmeli personelin ek ödeme matrahı ise brüt sözleşme ücretlerinin yüzde 25'ini geçemez.

Nöbet hizmetleri hariç olmak üzere mesai saatleri dışında gelir getirici çalışmalarından doğan katkılarına karşılık olarak (1) numaralı bentte belirtilen personel için yüzde 50'sini, (2) numaralı bentte belirtilen personel için yüzde 20'sini geçmeyecek şekilde ayrıca aylık ek ödeme yapılır.

Yükseköğretim kurumlarının tıp ve diş hekimliği fakülteleri ile sağlık uygulama ve araştırma merkezlerinde ihtiyaç duyulması halinde ilgilinin isteği ve kurumlarının muvafakatiyle diğer kamu kurum ve kuruluşlarında görevli sağlık personeli haftanın belirli gün veya saatlerinde veyahut belirli vakalar ve işler için görevlendirilebilir. Belirli bir vaka ve iş için görevlendirilenlere, kadrosunun bulunduğu kurumdaki döner sermaye işletmesinden yapılan ödemenin yanı sıra, katkı sağladıkları vaka ve iş dolayısıyla görevlendirildiği sağlık kuruluşundaki döner sermaye işletmesinden, bu maddede belirtilen esaslar çerçevesinde ve toplamda tavan oranları geçmemek üzere döner sermayeden ek ödeme yapılır.

d) Ziraat ve veteriner fakülteleri, sivil havacılık yüksekokulu ve bünyesinde atölye veya laboratuvar bulunan yükseköğretim kurumlarında üretilen mal ve hizmetlerden elde edilen döner sermaye gelirlerine katkısı bulunan personele yapılacak ek ödemeler hakkında da (c) fıkrası hükümleri uygulanır.

e) Yükseköğretim kurumlarının (c) ve (d) fıkraları kapsamına girenler hariçindeki diğer birimlerinde döner sermaye işletmesi hesabına yapılan iş veya hizmetler karşılığında tahsil edilen gelirlerden kanuni kesintiler ile varsa yapılan iş veya hizmetle bağlantılı giderler düşüldükten sonra geri kalan tutar, hizmet karşılığı olarak gelir tahsilatının yapıldığı tarihi izleyen bir ay içinde, hizmeti veren öğretim elemanlarına, memurlara ve sözleşmeli personele ödenir.

Tıp ve diş hekimliği fakültelerindeki öğretim elemanlarının sağlık hizmeti dışında verdikleri hizmetler karşılığında döner sermaye hesabına tahsil edilen paradan pay alma hususunda bu fıkra hükümleri uygulanır.

f) Rektör, rektör yardımcısı ve genel sekreterlere gelir getirici katkılarına bakılmaksızın, üniversite yönetim kurulunun uygun gördüğü birimin döner sermaye hesabından yönetici payı olarak ayrılan tutardan ek ödeme yapılır. Yapılacak ek

ödemenin tutarı ek ödeme matrahının, rektörler için yüzde 600'ünü, rektör yardımcılarını için yüzde 300'ünü, genel sekreterler için yüzde 200'ünü geçemez.

Döner sermaye gelirinin elde edildiği birimlerin dekan, başhekim ve enstitü ve yüksekokul müdürleri ile bunların yardımcısına, gelir getirici katkılarına bakılmaksızın, görev yaptıkları birimin döner sermaye gelirlerinden yönetici payı olarak ayrılan tutardan ek ödeme yapılır. Yapılacak ek ödemenin tutarı, ek ödeme matrahının, dekan, enstitü ve yüksekokul müdürü için yüzde 250'sini, bunların yardımcılarını için yüzde 100'ünü, tıp ve diş hekimliği fakülteleri dekanları ile sağlık uygulama ve araştırma merkezleri başhekimleri için yüzde 500'ünü, bunların yardımcılarını için yüzde 300'ünü geçemez.

Bu fıkra kapsamında bulunan yöneticilere, mesai saatleri içerisinde verdikleri mesleki hizmetlerinden dolayı ayrıca ek ödeme yapılmaz. Mesai saatleri dışında döner sermaye gelirlerine katkıları bulunması hâlinde alabilecekleri toplam ek ödeme tutarı, hiçbir şekilde yönetici payı dahil ilgisine göre (c), (d) ve (e) fıkralarında belirtilen esaslara göre hesaplanacak tutarı geçemez.

g) Bu madde uyarınca 11/10/1983 tarihli ve 2914 sayılı Yüksek Öğretim Personel Kanununa tabi personele yapılan ödemeler, 27/1/2000 tarihli ve 4505 sayılı Sosyal Güvenlikle İlgili Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılması ve Temsil Tazminatı Ödenmesi Hakkında Kanunun 5 inci maddesinin (c) fıkrası ile 4/7/2001 tarihli ve 631 sayılı Memurlar ve Diğer Kamu Görevlilerinin Mali ve Sosyal Haklarında Düzenlemeler ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 16 ncı maddesi hükümlerinin uygulanmasında dikkate alınmaz.

h) Yapılacak ek ödeme oranları ile bu ödemelerin esas ve usulleri, yükseköğretim kurumlarının hizmet sunum şartları ve kriterleri de dikkate alınmak suretiyle personelin unvanı, görevi, çalışma şartları ve süresi, eğitim-öğretim ve araştırma faaliyetleri ve mesleki uygulamalar ile ilgili performansı ve özellik arz eden riskli bölümlerde çalışma gibi hizmete katkı unsurları esas alınarak Maliye Bakanlığının uygun görüşü üzerine Yükseköğretim Kurulu tarafından çıkarılacak yönetmelikle belirlenir.

1) Döner sermaye işletmelerinin faaliyet alanları, gelir ve giderleri, sermaye limitleri ile işletmelerin yönetimine ilişkin esas ve usuller Maliye Bakanlığının uygun görüşü üzerine Yükseköğretim Kurulunca çıkarılacak yönetmelikle belirlenir."

**MADDE 6-** 2547 sayılı Kanuna aşağıdaki geçici madde eklenmiştir.

"GEÇİCİ MADDE 57- Bu maddenin yayımlandığı tarihte kısmî statüde görev yapmakta olan öğretim üyelerinden, Kanunun yayımlandığı tarihten itibaren bir yıl içerisinde talepte bulunanlar devamlı statüye geçirilir. Bu süre içerisinde talepte bulunmayanlar istifa etmiş sayılır."

**MADDE 7-** 11/4/1928 tarihli ve 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunun 12 nci maddesinin ikinci ve üçüncü fıkraları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

Tabipler, dış tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar, aşağıdaki bentlerden yalnızca birindeki sağlık kurum ve kuruluşlarında mesleklerini icra edebilir:

a) Kamu kurum ve kuruluşları.

b) Sosyal Güvenlik Kurumu ve kamu kurumları ile sözleşmeli çalışan özel sağlık kurum ve kuruluşları, Sosyal Güvenlik Kurumu ve kamu kurumları ile sözleşmeli çalışan vakıf üniversiteleri.

c) Sosyal Güvenlik Kurumu ve kamu kurumları ile sözleşmesi bulunmayan özel sağlık kurum ve kuruluşları, Sosyal Güvenlik Kurumu ve kamu kurumları ile sözleşmesi bulunmayan vakıf üniversiteleri, serbest meslek icrası.

Tabipler, dış tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar, ikinci fıkranın her bir bendi kapsamında olmak kaydıyla birden fazla sağlık kurum ve kuruluşunda çalışabilir. Bu maddenin uygulanması bakımından Sosyal Güvenlik Kurumunca branş bazında sözleşme yapılan özel sağlık kurum ve kuruluşları ile vakıf üniversiteleri yalnızca sözleşme yaptıkları branşlarda (b) bendi kapsamında kabul edilir. Mesleğini serbest olarak icra edenler, hizmet bedeli hasta tarafından karşılan-

mak ve Sosyal Güvenlik Kurumundan talep edilmemek kaydıyla, (b) bendi kapsamında sayılan sağlık kuruluşlarında da hastalarının teşhis ve tedavisini yapabilir. Sözleşmeli statüde olanlar da dahil olmak üzere mahalli idareler ile kurum tabipliklerinde çalışan ve döner sermaye ek ödemesi almayan tabipler işyeri hekimliği yapabilir. Döner sermayeli sağlık kuruluşları ise kurumsal olarak işyeri hekimliği hizmeti verebilir. Bu maddenin uygulamasına ve işyeri hekimliğine ilişkin esaslar Sağlık Bakanlığınca belirlenir."

**MADDE 8-** 1219 sayılı Kanuna aşağıdaki ek madde eklenmiştir.

"EK MADDE 12 - Kamu sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan tabipler, dış tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar, tıbbi kötü uygulama nedeniyle kendilerinden talep edilebilecek zararlar ile kurumlarınca kendilerine yapılacak rüculara karşı sigorta yaptırmak zorundadır. Bu sigorta priminin yarısı kendileri tarafından, diğer yarısı döner sermayesi bulunan kurumlarda döner sermayeden, döner sermayesi bulunmayan kurumlarda kurum bütçelerinden ödenir.

Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan veya mesleklerini serbest olarak icra eden tabip, dış tabibi ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar, tıbbi kötü uygulama sebebi ile kişilere verebilecekleri zararlar ile bu sebeple kendilerine yapılacak rücuları karşılamak üzere mesleki malî sorumluluk sigortası yaptırmak zorundadır.

Zorunlu mesleki malî sorumluluk sigortası, mesleklerini serbest olarak icra edenlerin kendileri, özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışanlar için ilgili özel sağlık kurum ve kuruluşları tarafından yaptırılır.

Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışanların sigorta primlerinin yarısı kendileri tarafından, yarısı istihdam edenlerce ödenir. İstihdam edenlerce ilgili sağlık çalışanı için ödenen sigorta primi, hiçbir isim altında ve hiçbir şekilde çalışanın maaş ve sair malî haklarından kesilemez, buna ilişkin hüküm ihtiva eden sözleşme yapılmaz.

Zorunlu sigortalara ilişkin teminat tutarları ile uygulama usul ve esasları Sağlık Bakanlığının görüşü alınarak Hazine Müsteşarlığınca belirlenir.

Bu maddedeki zorunlu sigortaları yaptırmayanlara, mülki idare amirince sigortası yaptırılmayan her kişi için beşbin Türk Lirası idari para cezası verilir."

**MADDE 9-** 19/4/1937 tarihli ve 3153 sayılı Radyoloji, Radyom ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanuna aşağıdaki ek madde eklenmiştir.

"EK MADDE 1- İyonlaştırıcı radyasyonla teşhis, tedavi veya araştırmanın yapıldığı yerler ile bu iş veya işlemlerde çalışan personelin haftalık çalışma süresi 35 saattir. Bu süre içerisinde, Sağlık Bakanlığınca çıkarılacak yönetmelikte belirtilen radyasyon dozu limitleri de ayrıca dikkate alınır. Doz limitlerinin aşılması için alınması gereken tedbirler ile aşıldığı takdirde izinle geçirilecek süreler ve alınacak diğer tedbirler Sağlık Bakanlığınca çıkarılacak yönetmelikle belirlenir."

**MADDE 10-** 14/7/1965 tarihli ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun ek 33 üncü maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"EK MADDE 33- Yataklı tedavi kurumları, seyyar hastaneler, ağız ve diş sağlığı merkezleri ve 112 acil sağlık hizmetlerinde haftalık çalışma süresi dışında normal, acil veya branş nöbeti tutarak, bu nöbet karşılığında kurumunca izin kullanmasına müsaade edilmeyen memurlar ile sözleşmeli personele, izin suretiyle karşılanamayan her bir nöbet saati için (nöbet süresi kesintisiz 6 saatten az olmamak üzere), aşağıda gösterilen gösterge rakamlarının aylık katsayısı ile çarpılması sonucu hesaplanacak tutarda nöbet ücreti ödenir. Ancak ayda 130 saatten fazlası için ödeme yapılmaz. Bu ücret damga vergisi hariç herhangi bir vergi ve kesintiye tabi tutulmaz.

|                                                                                                                                                                        | Gösterge |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| a) Klinik şefi, şef yardımcısı, başasistan, uzman tabip                                                                                                                | 100      |
| b) Tabip, tıpta uzmanlık mevzuatında belirtilen dallarda, bu mevzuat hükümlerine göre uzmanlık belgesi alan tabip dışı personel, aynı dallarda doktora belgesi alanlar | 90       |

|                                                       |    |
|-------------------------------------------------------|----|
| c) Diş tabibi ve eczacılar                            | 80 |
| ç) Mesleki yüksek öğrenim görmüş sağlık personeli     | 60 |
| d) Lise dengi mesleki öğrenim görmüş sağlık personeli | 50 |
| e) Diğer personel                                     | 35 |

Bu madde hükmü, üniversitelerin yataklı tedavi kurumlarında çalışan ve 4/11/1981 tarihli ve 2547 sayılı Yükseköğretim Kanununun 50 nci maddesinin (e) bendi kapsamında bulunanlar hakkında da uygulanır.

İcap nöbeti tutan ve bu nöbet karşılığında kurumunca izin kullanmasına müsaade edilmeyen memurlar ile sözleşmeli personele, izin suretiyle karşılanamayan her bir icap nöbeti saati için, icap nöbeti süresi kesintisiz 12 saatten az olmamak üzere, yukarıda nöbet ücreti için belirlenen ücretin yüzde 40'ı tutarında icap nöbet ücreti ödenir. Bu şekilde ücretlendirilebilecek toplam icap nöbeti süresi aylık 120 saati geçemez.

Bu madde uyarınca yapılacak ödemeler, döner sermayesi bulunan kurumlarda döner sermaye bütçesinden karşılanır."

**MADDE 11-** 7/5/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa aşağıdaki ek madde eklenmiştir.

"EK MADDE 9- Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurum ve kuruluşları ile üniversitelerin ilgili birimleri, Bakanlık ve üniversitelerce karşılıklı olarak işbirliği çerçevesinde birlikte kullanılabilir. Birlikte kullanım ve işbirliğine ilişkin usul ve esaslar ile ilgili mevzuat hükümleri çerçevesinde döner sermaye gelirlerinden personele yapılacak ek ödemelere ilişkin esaslar Maliye Bakanlığı ve Yükseköğretim Kurulunun görüşü alınarak Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılacak yönetmelikle belirlenir."

**MADDE 12-** 27/7/1967 tarihli ve 926 sayılı Türk Silahlı Kuvvetleri Personel Kanununun ek 17 nci maddesinin (C) fıkrasından sonra gelmek üzere aşağıdaki fıkra eklenmiştir.

"Ç) Türk Silahlı Kuvvetleri kadrolarında bulunan ve aşağıda rütbeleri belirtilen personelden öğretim üyesi tabip, öğretim üyesi dış tabibi, uzman tabip, uzman dış tabibi, tabip, dış tabibi ve tıpta uzmanlık mevzuatında belirtilen dallarda bu mevzuat hükümlerine göre uzman olanlara hizmetlerinde gösterilen oranları geçmemek üzere orgeneral aylığının (ek gösterge dahil) brüt tutarı ile çarpımı sonucu bulunan miktarda sağlık hizmetleri tazminatı ayrıca ödenir.

| RÜTBELER             | TAZMİNAT ORANLARI(%)                               |                                                         |                          |                 |
|----------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------|
|                      | Öğretim Üyesi<br>Tabip-Dış Tabi-<br>bi/Uzman Tabip | Tabip/Tıpta uzmanlık mevzu-<br>atına göre uzman olanlar | Uzman<br>Dış Ta-<br>bibi | Dış Ta-<br>bibi |
| General/Amiral       | 585                                                | 455                                                     | 390                      | 260             |
| Kıdemli Albay        | 550                                                | 425                                                     | 365                      | 230             |
| Albay                | 545                                                | 415                                                     | 360                      | 220             |
| Yarbay               | 515                                                | 380                                                     | 345                      | 215             |
| Kıdemli Binba-<br>şı | 500                                                | 370                                                     | 340                      | 210             |
| Binbaşı              | 500                                                | 370                                                     | 340                      | 210             |
| Kıdemli Yüz-         | 460                                                | 320                                                     | 305                      | 175             |

|                       |     |     |     |     |
|-----------------------|-----|-----|-----|-----|
| başı                  |     |     |     |     |
| Yüzbaşı               | 460 | 320 | 305 | 175 |
| Kıdemli Üs-<br>teğmen | 420 | 280 | 285 | 165 |
| Üsteğmen              | 420 | 280 | 285 | 165 |
| Teğmen                | 380 | 250 | 280 | 160 |
| Asteğmen              | 370 | 240 | 270 | 130 |

Türk Silahlı Kuvvetleri kadrolarında görevli sivil öğretim üyesi tabiplere ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanununa tabi olarak görev yapan uzman tabip, uzman dış tabibi, tabip ve dış tabiplerine aşağıda belirtilen oranları geçmemek üzere en yüksek devlet memuru aylığının (ek gösterge dahil) brüt tutarı ile çarpımı sonucu bulunan miktarda sağlık hizmetleri tazminatı ayrıca ödenir.

Sağlık hizmetleri tazminatının oranları ile usul ve esasları, personelin rütbesi, unvanı, görevi, çalışma şartları ve süresi, görev yeri ve özellikleri, eğitim-öğretim ve araştırma faaliyetleri ve mesleki uygulamaları ve özellik arz eden riskli bölümlerde çalışma gibi hizmete katkı unsurları esas alınarak Maliye Bakanlığının görüşü, Genelkurmay Başkanlığının uygun görüşü üzerine Milli Savunma Bakanlığınca belirlenir.

Sağlık hizmetleri tazminatından yararlanan personele, bu maddenin (C) fıkrası ile 17/11/1983 tarihli ve 2957 sayılı Kanunun 6 ncı maddesi, 10/6/1985 tarihli ve 3225 sayılı Kanunun 14 üncü maddesi ve 27/6/1989 tarihli ve 375 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin ek 3 üncü maddesi hükümlerine göre ödeme yapılmaz."

**MADDE 13-** 926 sayılı Kanuna aşağıdaki ek madde eklenmiştir.

"EK MADDE 26- Gülhane Askeri Tıp Akademisi Komutanlığına bağlı eğitim hastaneleri ile askeri tıp fakültesinde öğretim üyesi veya tabip ihtiyacı doğması halinde, Türk Silahlı Kuvvetleri Sağlık Komutanlığının talebi üzerine Sağlık Bakanlığı ve Yükseköğretim Kurulu tarafından öncelikli olarak görevlendirme yapılır.

Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarında ihtiyaç duyulması ve Türk Silahlı Kuvvetleri Sağlık Komutanlığının talep etmesi halinde, Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarında veya üniversite hastanelerinde görevli öğretim üyeleri ile diğer sağlık personeli, haftanın belirli gün veya saatlerinde veya belirli vakalar ve işler için Sağlık Bakanlığı veya Yükseköğretim Kurulu tarafından görevlendirilir."

**MADDE 14-** 31/5/2006 tarihli ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununa aşağıdaki ek madde eklenmiştir.

"EK MADDE 3- 4/1/1961 tarihli ve 209 sayılı Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanunun 5 inci maddesi (altıncı fıkra kapsamında ek ödeme alanlar ile diğer kurumlardan vekaleten atama veya görevlendirme suretiyle Sağlık Bakanlığında görevlendirilenler hariç) gereğince döner sermaye gelirlerinden ek ödeme alan ve aynı zamanda bu Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamında sigortalı bulunanlardan; tabip ve diş tabipleri ile tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar, sigorta priminin işveren payı dâhil tamamını kendileri ödemek kaydıyla, 209 sayılı Kanunun ek 3 üncü maddesine göre kendilerine ödenen tutar üzerinden malullük, yaşlılık ve ölüm sigortasıyla sınırlı olacak şekilde ilave olarak sigorta primine tabi tutulur. Ancak, bu şekilde ilave olarak sigorta primine tabi tutulacak kazancın tutarı, bu haktan yararlanacakların tamamı açısından 80 inci maddenin üçüncü fıkrasına göre belirlenecek sigorta primine esas kazanç toplamı ile 82 nci maddenin birinci fıkrasında belirtilen sigorta primine esas kazanç üst sınırı arasındaki farkı geçemez.

Bu şekilde ilave prim ödemesinde bulunanlardan malullük, yaşlılık, vazife malullüğü veya emeklilik aylığı ya da sürekli tam iş göremezlik geliri bağlanmasına hak kazananlara; ilave olarak ödedikleri her yıla ait sigorta prim matrahının, kazan-

cın ait olduğu yıldan itibaren söz konusu aylık veya geliri talep ettiği tarihe kadar geçen yıllar için her yıl gerçekleşen güncelleme katsayısı ile güncellenerek bulunan kazançlar toplamının, ilave prim ödedikleri gün sayısına bölünmesi sonucu bulunacak ortalama günlük kazancın otuz katının, ilave prim ödedikleri gün sayısının her 360 günü için % 2'si oranında bulunacak tutarda ilave aylık ödenir. Bu hesaplamada, 360 günden eksik süreler orantılı olarak dikkate alınır. Sigortalının ölmesi halinde ise, bu fıkra çerçevesinde hesaplanacak ilave aylık geçici 18 inci madde hükümleri saklı kalmak kaydıyla, geçici 4 üncü madde kapsamında bulunan sigortalıların aylığa müstahak dul ve yetimleri için geçici 4 üncü madde hükümlerine, diğeri sigortalıların hak sahipleri için ise 34 ve 54 üncü madde hükümlerine göre ödenir. Bu şekilde ilave aylık alan kız çocuğunun 37 nci madde uyarınca evlenme ödeneğine hak kazanması durumunda, aynı madde hükümleri çerçevesinde ilave evlenme ödeneği ödenir.

İlave aylıklar, 55 inci maddenin ikinci fıkrası uyarınca artırılır.

Bu şekilde ilave prim ödemesinde bulunanlardan 31 inci madde ve geçici 4 üncü madde uyarınca toptan ödeme yapılan veya emeklilik kesenekleri geri verilenlere; ilave olarak ödedikleri sigorta primlerinin her yıla ait tutarı, primlerin ait olduğu yıldan itibaren yazılı istek tarihine kadar geçen yıllar için, her yıl gerçekleşen güncelleme katsayısı ile güncellenerek bulunacak tutarda ilave toptan ödeme yapılır. Sigortalının ölmesi halinde ise, bu fıkra çerçevesinde hesaplanacak ilave toptan ödeme, geçici 4 üncü madde kapsamında bulunan sigortalıların aylığa müstahak dul ve yetimlerine geçici 4 üncü madde hükümlerine, diğeri sigortalıların hak sahiplerine ise 34 üncü madde hükümlerine göre ödenir.

İlave aylıkların başlangıcı, kesilmesi ve yeniden bağlanmasında geçici 4 üncü madde kapsamına girenler için geçici 4 üncü madde hükümleri, diğeri için ise 27, 30 ve 34 üncü madde hükümleri kıyasen uygulanır. Ancak, geçici 4 üncü madde kapsamında veya 30 uncu maddenin üçüncü fıkrası kapsamında aylıklarının kesilmesi sebebiyle ilave aylıkları da kesilmiş olanlardan birinci fıkra kapsamında yeniden ilave sigorta primi ödemiş ve yeniden aylık bağlanmasına hak kazanmış olanların yeni ilave aylığı, eski aylığın kesildiği tarihten yeniden ilave aylık bağlanacak tarihe kadar 55 inci maddenin ikinci fıkrasına göre aylıklara yapılan artışlar uygulanarak

bulunacak tutara, yeniden ilave sigorta primi ödediği süreler için ikinci fıkraya göre hesaplanacak ilave aylığın eklenmesi suretiyle tespit olunur.

Birinci fıkra gereğince ilave sigorta primi kesilmesine, 209 sayılı Kanunun ek 3 üncü maddesine göre ek ödeme verilecek ilk aybaşında başlanır. Bu şekilde ilave sigorta primi alınacakların sigorta primleri için ayrı bir bildirge düzenlenir. Ancak, bu bildirgelerin verilme ve primlerin ödeme zamanının tespitinde genel hükümlere uygun olarak işlem tesis edilir.

Malullük, yaşlılık ve ölüm sigortası için bu madde hükümlerine göre sigorta primi ödenen süreler, prim ödeme gün sayısı, sigortalılık süresi ve prime esas kazanç hesabına dâhil edilemez. Ödenen prim tutarları ve bildirilen kazanç tutarları ise emekli ikramiyesi, iş sonu tazminatı ve kıdem tazminatı da dahil olmak üzere bu maddede belirtilmeyen herhangi bir hakkın elde edilmesinde veya hesabında dikkate alınmaz.

Bu madde kapsamında ödenen sigorta primleri daha sonra geri talep edilemez ve bu Kanunun ihya hükümleri ilave aylıklar hakkında uygulanmaz."

**MADDE 15-** 13/12/1983 tarihli ve 181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnameye aşağıdaki ek madde eklenmiştir.

"EK MADDE 8- Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğünde çalışan memurlar ile sözleşmeli personelden taşra teşkilatında görev yapan tabipler için en yüksek Devlet memuru aylığının (ek gösterge dahil) % 400'ünü, merkez ve taşra teşkilatında görev yapan diğer personele % 200'ünü geçmemek üzere ek ödeme yapılabilir. Ek ödemenin oranı ile usul ve esasları; görev yapılan birim ve iş hacmi, görevin önem ve güçlüğü, çalışma süresi, personelin sınıfı, kadro unvanı, derecesi ve atanma biçimi gibi kriterler ile personele aylık ve özlük hakları dışında ilgili mevzuatına göre yapılan diğer ilave ödemeler dikkate alınmak suretiyle Maliye Bakanlığının uygun görüşü üzerine Sağlık Bakanlığınca belirlenir. Bu ödemelerden damga vergisi hariç herhangi bir vergi kesilmez."

**MADDE 16-** 181 sayılı Kanun Hükümünde Kararnameye aşağıdaki ek madde eklenmiştir.

“EK MADDE 9- Türkiye Kızılay Derneğine (KIZILAY) ait olup 1/5/2009 tarihi itibarıyla ruhsatlı olarak işletilmekte bulunan hastane ve tıp merkezlerinden, bu Kanunun yayımından itibaren altı ay içerisinde Sağlık Bakanlığı ile Kızılay arasında yapılacak protokolle Sağlık Bakanlığına devredilecek olanlarında, 1/5/2009 tarihi itibarıyla iş sözleşmesine bağlı olarak çalışmakta olan ve 14/7/1965 tarihli ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 48 inci maddesinde öngörülen genel ve ilgili kadro veya pozisyon için öngörülen özel şartları taşıyan personelden;

a) Tabipler ve dış tabipleri, istekleri halinde çalışmakta oldukları ildeki ihtiyaç bulunan sağlık kurum veya kuruluşlarının memur kadrolarına Sağlık Bakanlığınca atanırlar.

b) Tabipler ve dış tabipleri dışındaki diğer personel, istekleri halinde, yaptıkları iş, eğitim durumu ve bulundukları pozisyon dikkate alınarak Devlet Personel Başkanlığının görüşü üzerine Maliye Bakanlığının izni ile çalışmakta oldukları ildeki sağlık kurum veya kuruluşlarında Bakanlık veya döner sermaye teşkilatı adına vizelenecek pozisyonlarda istihdam edilmek üzere, 657 sayılı Kanunun 4 üncü maddesinin (B) fıkrası hükümleri uyarınca sözleşmeli personel statüsüne geçirilir.

Bu şekilde istihdam edilecek toplam tabip sayısı 180'i, sağlık personeli sayısı 490'ı ve diğer personel sayısı 705'i geçemez.

Kadro ve pozisyonlara atanma ve geçirilmede, iş sözleşmeleri askıda bulunanlar dâhil tam zamanlı çalışanlar ile emeklilik veya yaşlılık aylığı kesilmek suretiyle çalışanlar dâhil herhangi bir sosyal güvenlik kurumundan emeklilik veya yaşlılık aylığı bağlanmamış olanlar dikkate alınır ve işlemler sağlık kuruluşunun devir tarihini müteakip personelin bir ay içerisinde yapacakları müracaatları dâhil altı ay içerisinde tamamlanır.

Personele, memur ve sözleşmeli personel statüsüne geçirilmeleri nedeniyle, iş mevzuatına göre Bakanlık veya Kızılay tarafından herhangi bir tazminat ödenmez, kullanmamış oldukları yıllık ücretli izin süreleri için herhangi bir ödeme yapılmaz.

Personelin Bakanlığa devir tarihi itibariyle Kızılay'da geçen ve kıdem tazminatına esas alınabilecek hizmet süreleri; memur kadrolarına atananlar için 8/6/1949 tarihli ve 5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanunu uyarınca ödenecek emekli ikramiyesine esas toplam hizmet süresinin hesabında, sözleşmeli personel statüsüne geçirilenler için 657 sayılı Kanunun 4 üncü maddesinin (B) fıkrasına göre hak kazanabilecekleri iş sonu tazminatına esas toplam hizmet süresinin hesabında dikkate alınır.

Personelin emekli ikramiyesi veya iş sonu tazminatının hesabına dâhil edilecek hizmet sürelerinden kaynaklanan ilave maliyetin finansmanına karşılık olmak üzere, devir tarihi itibariyle ilgililerin atandıkları kadro unvanı ile derecesi ve kademesi veya geçirildikleri sözleşmeli personel pozisyonlarının unvanı ve hizmet süreleri esas alınarak hesaplanacak emekli ikramiyesi veya iş sonu tazminatı toplam tutarı, beş yıl içerisinde beş eşit taksitte Kızılay tarafından Bakanlığın döner sermayesine ödenir veya devredilen sağlık kuruluşlarına ait taşınır bedelleri ile devredilen sağlık kuruluşlarının bulunduğu Kızılay'a ait taşınmazların kiralanması halinde kira alacağından mahsubu yapılır.

Sağlık Bakanlığına devredilen sağlık kuruluşlarına ait taşınırlardan Bakanlıkça devralınacaklar ile bunların bedeli, Maliye Bakanlığı temsilcisinin koordinatörlüğünde, Bakanlık ve Kızılay temsilcilerinden oluşacak üç kişilik komisyonlar tarafından tespit edilir ve tespit edilen tutar, Bakanlıkça belirlenecek sağlık kurum ve kuruluşlarının döner sermaye gelirlerinden karşılanır. Komisyonlar, bedel tespit ederken gerektiğinde meslek kuruluşlarından veya bilirkişilerden yararlanabilir.

Bu maddenin uygulanmasında 25/12/2009 tarihli ve 5944 sayılı 2010 Yılı Merkezi Yönetim Bütçe Kanununun 22 nci ve 23 üncü maddeleri ile 13/12/1983 tarihli ve 190 sayılı Genel Kadro ve Usulü Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 9 uncu maddesinin son fıkrasında yer alan kısıtlamalar dikkate alınmaz.”

**MADDE 17-** 181 sayılı Kanun Hükmünde Kararnameye aşağıdaki geçici madde eklenmiştir.

“GEÇİCİ MADDE 11- Kamu kurum ve kuruluşlarında memur statüsünde çalışmakta iken 26/5/1995 ile 1/1/2010 tarihleri arasında görevinden çekilmiş olan ve çekilmiş sayılan tabip, diş tabibi, uzman tabip ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar, bu Kanunun yayımından itibaren altı ay içerisinde başvurmaları halinde, açıktan atama izni aranmaksızın, görevden ayrıldıkları ildeki Sağlık Bakanlığına ait kurum ve kuruluşlara, bu yerlerde ihtiyaç olmaması halinde ihtiyaç bulunan münhal yerlere açıktan atanabilirler. Görevlerinden ayrıldıkları yere mazeret sebebiyle atanmış olanlardan talep tarihinde mazereti ortadan kalkmış bulunanlar hakkında ilgili yönetmelik hükümlerine göre işlem yapılır.”

**MADDE 18-** 21/4/2005 tarihli ve 5335 sayılı Bazı Kanun ve Kanun Hükümünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanunun 30 uncu maddesinin birinci fıkrasına "yükseköğretim kurumlarının öğretim üyeliklerine" ibaresinden sonra gelmek üzere "ve Sağlık Bakanlığının tabip ve uzman tabip kadrolarına" ibaresi eklenmiştir.

**MADDE 19-** a) 31/12/1980 tarihli ve 2368 sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun,

b) 4/11/1981 tarihli ve 2547 sayılı Yükseköğretim Kanununun ek 22 nci maddesi,

c) 14/4/1982 tarihli ve 2659 sayılı Adli Tıp Kurumu Kanununun 30 uncu maddesinin üçüncü fıkrası,

d) 17/11/1983 tarihli ve 2955 sayılı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Kanununun 32 nci maddesinin birinci fıkrasının son cümlesi,

e) 31/5/2006 tarihli ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 73 üncü maddesinin üçüncü fıkrasının ikinci cümlesi, yürürlükten kaldırılmıştır.

**MADDE 20-** Bu Kanunun;

a) 3 üncü maddesi, 5 inci maddesiyle değiştirilen 2547 sayılı Kanunun 58 inci maddesinin (c) bendinin (2) numaralı alt bendinin son paragrafı hariç olmak üzere 5 inci maddesi ile 19 uncu maddenin (b) ve (e) bentleri yayımı tarihinden bir yıl sonra,

b) 1 inci maddesiyle değiştirilen 209 sayılı Kanunun 5 inci maddesinin yedinci fıkrası hariç olmak üzere 1 inci maddesi ile 2, 7, 8, 12, 13, 14 üncü maddeleri ve 19 uncu maddenin (a), (c) ve (d) bentleri yayımı tarihinden altı ay sonra,

c) Diğer hükümleri yayımı tarihinde, yürürlüğe girer.

**MADDE 21-** Bu Kanun hükümlerini Bakanlar Kurulu yürütür.

29/1/2010

**EK 4: 650 Sayılı Adalet Bakanlığının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin Değiştirilerek Kabulü Hakkında Kanun İle Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Hükmünde Kararname**

Resmi Gazete Yayın Tarih: 26.08.2011, No: 28037

**MADDE 38 –** 14/7/1965 tarihli ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 28 inci maddesinin birinci fıkrasına aşağıdaki cümle eklenmiş ve ikinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“Memurlar, meslekî faaliyette veya serbest meslek icrasında bulunmak üzere ofis, büro, muayenehane ve benzeri yerler açamaz; gerçek kişilere, özel hukuk tüzel kişilerine veya kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşlarına ait herhangi bir işyerinde veya vakıf üniversitelerinde çalışamaz.”

“Memurların üyesi oldukları yapı, kalkınma ve tüketim kooperatifleri, kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları ve kanunla kurulmuş yardım sandıklarının yönetim, denetim ve disiplin kurulları üyelikleri görevleri, özel kanunlarda belirtilen görevler ile kurumundan izin alınmak kaydıyla yapılan insanî ve sosyal amaçlı gönüllü çalışmalar bu yasaklamanın dışındadır.”

## **EK 5: Türk Tabipleri Birliği Değerlendirmesi<sup>1</sup>**

### **Özet Değerlendirme**

1. Kanun tasarısı taslağı ile hekimlerin bağımsız çalışmalarına olanak sağlayan 2368 sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve alışma Esaslarına Dair Kanun yürürlükten kaldırılmakta, kamu kurumlarında çalışan hekimlerin yanı sıra niversite-lerde görev yapan ğretim yeleri ile asker hekimlerin de her türlü özel sağlık kurum ve kuruluşunda çalışmaları ve muayenehane amaları yasaklanmaktadır. Pek çok kanunda değişiklik yapılmasına dair bu Kanun Tasarısı Taslağında ayrıca, muayenehanesi bulunan hekimlerin, aynı zamanda özel sağlık kurum ve kuruluşlarında da çalışma olanakları ortadan kaldırılmaktadır.

İşyeri hekimliği hizmetinin Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kuruluşlarından alınabilmesi ve bu hizmetin karşılığının döner sermayeye gelir olarak kaydedilmesi öngörülmektedir. Böylece hekimin kendi adına çalışma olanağı ortadan kalkacak, işveren tarafından hekime emeğinin karşılığı olarak ödenen hizmet bedeli Sağlık Bakanlığı'na ait olacak, bu gelirin ancak belirli bir kısmı döner sermaye payı olarak hekime geri verilecektir.

Bilindiği gibi kamu sağlık kuruluşlarında çalışan hekimlerin tıp merkezleri ve polikliniklerde alışamayacaklarına dair bir düzenleme Ayakta Teşhis Ve Tedavi Yapılan zel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik Taslağında da yer almaktadır. Anılan Yönetmelik Taslağında zel sağlık kuruluşlarının açılmasının ciddi ölçüde zorlaştırılmış olduğu da ayrıca dikkat çekmektedir. Öte yandan muayenehanelerde üretilen hizmetin Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından alınmaması uygulaması da sadece muayenehanede çalışarak mesleğin uygulanmasını engellemektedir. Böylece, resmi çalışmasının yanı sıra muayenehane açma olanağı ortadan kaldırılan hekimin, resmi kurum çalışmasından ayrılarak sadece muayenehanede çalışması ya da muayenehanenin yanı sıra özel sağlık kuruluşunda çalışması da engellenmekte; özel sağlık kuruluşu açılışının ciddi ölçüde zorlaştırılmasıyla da 'sermayedar olmayan hekimler'

---

<sup>1</sup> <http://www.ttb.org.tr/index.php/Yazismalar/qtam-gya-dair-yasa-tasar-900.html> (01.04.2013)

bağımlı çalışmaya 'mahkum' edilmektedir. Bütün bu düzenlemelerle esas itibariyle hekimlerin bağımsızlıklarını koruyabilecekleri iş olanakları ortadan kaldırılmakta, hekimlik sanatını serbest olarak icra etme hak ve yetkisine sahip meslek mensupları, düşük ücretle çalışmaya zorunlu işçilere dönüştürülmek istenmektedir.

2. Kanun tasarısı taslağı ile döner sermaye ödeme esaslarının düzenlendiği hükümlerden serbest çalışma haline ilişkin düzenlemeler çıkarılmakta, mevcut düzenlemede yalnızca kamuda görev yapanlara verilecek ek ödeme oranı olarak belirtilen oranlarda ödeme yapılacağı belirtilmekte, bu oranlarda ise herhangi bir değişiklik öngörülmemektedir. Bilindiği gibi döner sermayeden yapılan ek ödemelerin miktarı bir yönetmelikle belirlenmektedir. 209 sayılı Kanunda yapılacak ek ödemelerin üst sınırı bulunmakta ancak bir alt sınıra yer verilmemektedir. Bu durumda Sağlık Bakanlığı tarafından bir yönetmelik değişikliği ile mevcut oranlar indirilerek ödeme miktarlarının cüzi oranlara düşürülmesi de her an olanaklıdır. Üstelik verilen ek ödeme miktarları çalışılan sağlık kuruluşları arasında ciddi oranlarda değiştiği, döner sermayesi olmayan sağlık kuruluşlarında ise hiç verilmediği için aynı görevlerde ancak farklı sağlık kuruluşlarında tam süre çalışan hekimlerin aylık ücretlerinde yaratılan eşitsizlikler de derinleştirilecektir.

3. Türk Silahlı Kuvvetleri emrinde ve GATA'da çalışan hekimlere bu maddeye göre ödenen hizmet tazminatlarına ek olarak, tam gün sağlık tazminatı adı altında yeni bir ödeme getirilmektedir. Diğer kurum ve kuruluşlarda görev yapan hekim ve uzman hekimler yönünden ise böyle bir tazminat öngörülmemekte, yalnızca Devlet Memurları Kanunu'nun sağlık hizmetleri sınıfına ilişkin cetvellerinde belirtilen ek göstergelerde değişiklik yapılmaktadır. Ancak bu değişiklik, çalışan hekimlere ortalama olarak aylık 40 TL tutarında cüzi bir ücret artışı sağlamaktadır.

4. Taslak metinde iyonlaştırıcı radyasyon ile çalışan personelin çalışma saatleri ise artırılarak, diğer personel gibi haftalık 40 saat olarak belirlenmektedir.

5. Kanun tasarısı taslağında, üniversitelerin personeline dağıtacağı döner sermayenin belirlenmesi konusunda Maliye Bakanlığı'nın uygun görüşü bir şart olarak konulmakta ve üniversitelerin özerkliği bu yönüyle de ortadan kaldırılmaktadır.

Sonuç olarak, yapılmak istenilen bu yasa değişiklikleriyle;

Hekimlerin bağımsızlıklarını koruyabilecekleri iş olanakları ortadan kaldırılmakta,

Aynı zamanda kamu görevlisi olan binlerce işyeri hekiminin görevlerine fiilen son verilmekte,

İyonlaştırıcı radyasyon ile çalışan personelin çalışma saatleri artırılarak, haftalık 40 saat olarak belirlenmekte,

Üniversitelerde döner sermayenin belirlenmesi konusunda Maliye Bakanlığı'nın uygun görüşü şart koşulmakta,

Hiçbir güvencesi ve adaleti olmayıp, yarın ne olacağı belli olmayan, emekliliğe de yansımayan döner sermaye gelirleri ana gelir olarak öngörülmekte, döner sermaye geliri olmayan hekimler konu bile edilmemekte,

Tam gün çalışmaya geçiş karşılığında ise 1. derecede olan hekimler için bile "AYLIK 40 TL" lik zam getirebilen ek gösterge artışı öngörülmekte,

Tam gün sağlık tazminatı GATA'da çalışan hekimler için 50 - 200 TL lik bir artış sağlamakla birlikte, diğer hekimler için böyle bir tazminat öngörülmemekte,

Ve bu taslak "Sağlıkta Dönüşüm Programı" ile birlikte düşünüldüğünde görünen odur ki, hekimlik sanatını "iyi hekimlik değerli" ışığında icra etmek isteyen meslek mensupları, düşük ücretle, güvencesiz çalışmaya, insan sağlığının ve bilimin değil piyasanın ihtiyaçları doğrultusunda faaliyet göstermeye zorlanmaktadırlar.

#### Karşılaştırmalı Değerlendirme

Madde 1. 657 Sayılı Yasanın "Çalışma Saatleri"ni düzenleyen 99. maddesinin 1. fıkrasında yer alan, "Memurların haftalık çalışma süresi genel olarak 40 saat-tir."cümlesinin sonuna "Ancak, iyonlaştırıcı radyasyonla teşhis, tedavi veya araştırmanın yapıldığı yerler ile bu iş veya işlemlerde çalışan personel, Sağlık Bakanlığınca çıkarılacak yönetmelikte belirlenen radyasyon dozu limitleri içinde çalıştırılabilir ve

haftalık 40 saatlik çalışma süresi içinde bu doz limitleri aşıldığı takdirde alınacak tedbirler yönetmelikte gösterilir." cümlesi eklenmiştir. Böylece, maddenin gerekçesinde daha açık bir dille ifade edildiği üzere iyonlaştırıcı radyasyonla çalışan kişilerin çalışma süreleri de genel olarak 40 saat olarak belirlenmiştir.

Yürürlükteki mevzuatta, iyonlaştırıcı radyasyon ile çalışan personelin Sağlık Bakanlığınca çıkarılacak yönetmelikte belirlenen radyasyon dozu limitleri içinde çalıştırılabileceğine dair bir düzenleme 2368 sayılı Yasa'nın 2. maddesinde yer almaktadır. Bu alanda çalışan personelin çalışma saatleri ise en açık şekilde, halen yürürlükte bulunan 3153 sayılı Kanun uyarınca çıkarılmış bulunan ve Radyoloji, Radium ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Tüzüğü'nün 21. maddesinde düzenlenmiş, röntgen ve radyum ile günde 5 saatten fazla çalışılmayacağı belirtilmiştir.

Madde 2. 657 sayılı Yasanın (I) Sayılı Cetvelinin "III-Sağlık Hizmetleri Sınıfı"nın (a) bendinde uzman tabip, tabip, diş hekimi, Tıpta Uzmanlık Tüzüğü'nde belirtilen dallarda uzmanlık belgesi alanlar veya bu dallarda doktora yapmış olanların ek göstergelerinde artış yapılmıştır. Ancak yapılan bu değişiklik çalışan hekimlerin mali haklarında cüzi bir artış sağlamıştır.

Madde 3. 209 sayılı Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanunun 3. maddesinin birinci fıkrasına « 1) işyeri hekimliği hizmetlerini, » ibaresi eklenmiştir.

209 sayılı Döner Sermaye Kanununun 3. maddesinde Bakanlığın hangi iş ve işlemleri fiyatlandırmaya ve bunlardan elde edilecek gelirleri ve bağışları döner sermayeye gelir kaydetmeye yetkili olduğu düzenlenmektedir. Buraya yapılan ekleme ile daha önce madde metninde yer almayan bir kalem olarak işyeri hekimliği hizmetlerinin de fiyatlandırılacağı ve döner sermayeye gelir kaydedileceği eklenmiştir.

İşyeri hekimliği hizmetinin asıl olarak koruyucu sağlık hizmeti niteliğinde olduğu dikkate alındığında bu hizmetin ücretlendirilmesi hukuki düzenlemeler arasında çelişki yaratmaktadır. Zira 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nda kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmeti; Kişilerin hastalıktan korunması

veya sağlıklı olma halinin sürdürülmesi amacıyla, kişiye yönelik olarak finansmanı sağlanacak sağlık hizmeti olarak tanımlanmıştır. Aynı Yasanın 63. ve 69. maddelerinde de koruyucu sağlık hizmetleri, finansmanı Sosyal Güvenlik Kurumunca sağlanacak, katkı payı alınmayacak sağlık hizmetleri arasında gösterilmiştir.

Madde 4. 209 sayılı Yasanın 5. maddesinde de değişiklik yapan tasarı taslağının ek ödeme oran, esas ve usullerinin hangi unsurlara göre belirleneceğini gösteren 3. fıkrasından "serbest çalışıp çalışmama" ibaresi çıkarılarak, döner sermayeden yapılacak ek ödeme tutarının tespitinde bunun bir unsur olmadığı belirtilmiştir.

Bu fıkarda ayrıca döner sermayeden ek ödeme yapılacak kişiler içerisinde daha önce gösterilmeyen 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 4/B maddesine göre istihdam edilen sözleşmeli personel de döner sermayeden pay alacaklar arasında sayılmıştır. Aynı maddenin personele yapılacak aylık ek ödeme tutarının yüzde olarak azami sınırlarını gösteren 4. fıkrasında, serbest çalışmaya göre olan oranlar madde metninden çıkarılmış ve oran, mevcut metinde serbest çalışmayan hekim ve uzman hekimlerde olduğu gibi düzenlenmiş, hastane müdürü için gösterilen oranın fıkraya yeni eklenen idari sağlık müdür yardımcısı için de geçerli olduğu kaydedilmiştir.

Madde 5. 2547 sayılı Yüksek Öğretim Kanununun 36 ncı maddesinin profesör ve doçentlerin çalışma esaslarını düzenleyen (a) fıkrasının (2) numaralı bendine ekleme yapılmış ve hayvan sağlığı hariç olmak üzere 657 sayılı Yasada sağlık hizmetleri sınıfında sayılan meslek unvanlı profesör ve doçentlerin, özel kanunlarla belirlenen görevler ile araştırma-geliştirme faaliyetleri ve telif hakları hariç olmak üzere, yükseköğretim kurumlarından başka yerlerde ücretli veya ücretsiz hiçbir suretle mesleklerini icra edemeyecekleri düzenlenmiştir.

Madde 6. Yine 2547 sayılı Kanun'un yükseköğretim kurumlarında döner sermayeyi düzenleyen 58. maddesinin 4. fıkrasında değişiklik yapılmış, döner sermayenin en az %35'i kuruluşun ihtiyaçlarına ayrılmasından sonra dağıtılacak toplam payın belirlenmesinde tek söz sahibi üniversite yönetim kurulu iken, bu belirlemenin yapılabilmesi için Maliye Bakanlığının uygun görüşü şartı getirilmiştir. Ayrıca, daha mevcut düzenleme uyarınca öğretim üyeleri ve Üniversitelerarası Kurulun önerisi üzerine Yükseköğretim Kurulunca belirlenen sağlık, teknik ve sanatla ilgili öğretim

elemanlarına döner sermayeden ayrılacak pay tutarı için de Maliye Bakanlığı'nın uygun görüşü koşulunun getirilmesinin yanı sıra, ödeme usul ve esaslarının belirli unsurlar gözetilerek belirlenmesi konusunda da üniversite yönetim kurulları tam yetkili iken taslağa göre bunun için de yine Maliye Bakanlığının uygun görüşü gerekmektedir.

Yapılan değişiklikle bunun yanı sıra yükseköğretim kurumlarında döner sermayeden pay alacak kişiler arasında 657 sayılı Yasanın 4/B maddesine göre sözleşmeli olarak çalışanlar da gösterilmiştir. Kanun tasarısı taslağında sağlık, teknik ve sanatla ilgili birimlerde görevli olanlar dışındaki öğretim elemanları ve 657 sayılı Yasaya tabi personel için döner sermayeden ayrılacak pay tutarı mevcut düzenlemeye göre %50 artırılmış ve bu kişilere 657 sayılı Yasanın 4/B maddesine göre sözleşmeli çalışanlar da eklenerek, sözleşmeliler için de aynı oran belirlenmiştir.

Mevcut hükümde öğretim üyelerine saat 14.00'den sonra döner sermayeye yaptıkları doğrudan gelir getirici katkılarından dolayı ilave olarak yapılacak ödemeye ilişkin düzenlemede saat esasından vazgeçilerek, taslakta mesai içi ve dışı ayrımı gözetilmeksizin yaptıkları katkı dolayısıyla ilave olarak yapılacak ödemedan söz edilmiştir. Taslakta rektör, rektör yardımcısı, dekan, dekan yardımcısı, başhekim, başhekim yardımcısına ödenebilecek döner sermaye payının toplam miktarının almakta oldukları aylık, ödenek ve her türlü tazminatlar toplamının 12 katını geçemeyeceği şeklinde sınırlayıcı bir düzenlemeye gidilmiştir.

Taslağın bu maddesi ile ayrıca 2547 sayılı Yasanın 58. maddesine öğretim üyelerinin sundukları sağlık hizmetleri için kişilerden ayrıca ücret farkı alacağı tahsil edilemeyeceği hükmü de eklenmiştir. Ancak 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 73. maddesinde öğretim üyesi tarafından sağlanan sağlık hizmetleri için genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden fark alınabileceğine dair düzenleme yer almaktadır. Bu hükümler birbirleri ile çelişkili düzenlemeler içermektedir.

Madde 7. 2955 sayılı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Kanununun 32. maddesinin 1. fıkrasının, profesör ve doçentlerin çalışma saatleri dışında meslek ve sanatlarını serbest olarak icra edebileceklerini belirten son cümlesi çıkarılmıştır.

Madde 8. 926 sayılı Türk Silahlı Kuvvetleri Personel Kanununun hizmet tazminatı ve ödenecek personeli gösteren Ek 17 inci maddesine yeni bir bent eklenerek, Türk Silahlı Kuvvetleri emrinde ve GATA'da çalışan tüm hekimlere ve uzman hekimlere bu maddeye göre ödenen hizmet tazminatlarına ek olarak en yüksek devlet memuruna mali haklar kapsamında fiilen yapılan her türlü brüt ödemeler toplamının, hekimlere rütbelere göre maddenin devamında yer alan cetvelde gösterilen oranlar, uzman hekimlere ise rütbe ve unvanlarına karşılık gelen oranların 10 puan fazlası oranında tam gün sağlık tazminatı ödeneceği düzenlenmiştir. Böylece daha önce mevzuatta yer almayan tam gün sağlık tazminatı adı altında yeni bir ödeme kalemi oluşturulmuştur.

Madde 9. 1219 sayılı Yasanın, bir hekimin ikametgahı istisna olmak üzere birden fazla yerde muayene açarak hekimlik yapmasını yasaklayan son fıkrasına, muayenehanesi olan hekimin bir başka sağlık kuruluşunda mesleğini icra edemeyeceğine dair bir ibare eklenmiştir. Mevcut düzenlemeye göre bir hekimin mesleğini bağımsız icra ettiği birden fazla muayenehane açması yasak olmakla beraber, tabip odası onayı olması koşuluyla ücretli olarak birden fazla sağlık kurum ve kuruluşunda çalışmasına olanak varken, bu olanak tümüyle ortadan kalkmıştır.

Madde 10. 1219 Sayılı Yasanın 25. maddesinin 1. fıkrasında değişiklik yapılarak diploması olmadığı halde hasta tedavi eden veya tabip unvanını kullananlar için belirtilen hapis cezası süreleri, dış hekimliği mesleğini yetkisiz icra edenlerde olduğu gibi erteleme sınırları dışında kalacak şekilde, artırılmış ve daha önce 1 aydan 6 aya kadar olan ceza süresi 3 yıldan 5 yıla kadar cezalandırma şeklinde tayin edilmiştir.

Ayrıca maddeye yeni bir fıkra eklenerek, mesleğini serbest icra etme yetkisi bulunmayanların buna aykırı davranışları halinde hekim ve hekimi çalıştıran sağlık kuruluşu için para cezası, 1 yıl içinde tekrarı halinde para cezasının iki katının ödenmesi ve yine tekrarı halinde sağlık kuruluşu bakımından ruhsatının geri alınması öngörülmüştür.

Madde 11. 1219 sayılı Yasanın dış hekimlerine ilişkin 41. maddesine de 25. maddeye eklenen fıkra eklenmiştir.

Madde 12. 4857 sayılı İş Kanununun 81. maddesine fıkra eklenerek işverenlerce işyeri hekimliği hizmetlerinin Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kuruluşlarından da alınabileceği düzenlenmiştir. Böylece daha önce Sağlık Bakanlığı tarafından doğrudan doğruya verilmeyen işyeri hekimliği hizmetinin Bakanlığa bağlı kuruluşlardan verilmesine olanak sağlanmıştır.

Tasarı taslağının madde gerekçesinde, hekimlerin hem kamuda hem de özel sektörde çalışmasına son verilmesi ile işyeri hekimi istihdamı zorunlu olan işyerlerinin işyeri hekimi bulmakta zorluklar yaşayabileceği, bu nedenle yapılan düzenlemeyle işyeri hekimliği hizmetlerinin Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarından da alınmasına imkan tanındığı belirtilmektedir. Ancak Sağlık Bakanlığı'nın bu hizmeti kendisine bağlı hangi kurum ve kuruluşlardan, ne şekilde vereceği belirsizdir.

#### **EK 6: Türk Tabipleri Birliği - Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu'nun Görüşleri<sup>1</sup>**

TTB-Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu olarak, Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan ve son zamanlarda yeniden gündemde olan "Tam Gün" çalışmaya dair yasa tasarısı üzerine, aşağıda yer alan görüşlerimizi bir kez daha kamuoyu ile paylaşmayı gerekli gördük.

1. Geçmiş dönemlerde kamu kurumlarında uygulanan tam süre çalışma zorunluluğu, başta tam gün ve eğitici tazminatı olmak üzere çeşitli kazanımlar getirmiştir. Ancak, daha sonra, bunların karşılanamamasını da içeren bir dizi sorun nedeniyle yarı zamanlı çalışmaya yeniden izin verilmiştir. Yeni bir düzenlemeye gidilerek, güvencesiz ve kaynağının ne olacağı belirsiz bir ücretlendirme ile bugün getirilmek istenen tam gün çalışma zorunluluğunu bu şekliyle kabul etmek mümkün değildir.
2. Ülkemizde sağlıktaki temel sorunların başında çıkarılacak yeni yasalarla, kamu ile özel sağlık kurumu ayrımının kaldırılarak, kamunun özel sağlık kuruluşu anlayışına uygun olarak yapılandırılması gelmektedir. Gündemdeki yasal

---

<sup>1</sup> [www.turkrad.org.tr/newsfiles/1339tam\\_gun\\_ttb.doc](http://www.turkrad.org.tr/newsfiles/1339tam_gun_ttb.doc) (23.04.2013)

düzenlemeler;

- a. Genel Sağlık Sigortası ile sadece prim ödeyebileceklere sınırlı bir sağlık hizmetinin sunulması,
  - b. Kamu Hastane Birlikleri yasası ile kamu hastanelerinin "şirketleştirilmesi",
  - c. Sosyal Güvenlik Kurumu'nun muayenahanelerle anlaşma yapmaması ve son çıkan yönetmelikle Tıp Merkezleri ve Polikliniklerin kapanma durumuna gelmesi,
  - d. Tam Gün yasasıyla Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kuruluşlarında ve üniversite hastanelerinde çalışan hekimlerin özlük hakları bakımından güvencesiz kalmasını getirecektir.
3. Tüm bu düzenlemeler, hekimlerin yanı sıra diğer sağlık çalışanları, üniversite ve Sağlık Bakanlığı eğitimcileri ve sonuçta sağlık hizmetlerinin sunumu ve toplum sağlığı üzerinde olumsuz bir etki oluşturacaktır. Bu koşullarda gündeme getirilen tam gün/tek iş uygulamasıyla; özelde büyük hastane zincirlerine, kamuda özelleştirilme yolundaki üniversite ve devlet hastanelerine ucuz iş gücü sağlanacak; hekimler düşük ücretle ve güvencesiz olarak çalışmaya zorlanacak; tıp ve uzmanlık eğitiminin niteliğinin yükseltilmesi yerine, üniversite ve eğitim hastanelerinde döner sermayeye daha çok kazanç sağlamak için performans yöntemiyle daha fazla işlem yapılması hedeflenecek; eğitici niteliği taşıyan belirli bir orandaki hekimin kurumlarından ayrılmasına yol açarak tıp eğitimi olumsuz etkilenecektir.
4. Sadece kamuda çalışmayı tercih eden öğretim üyeleri ve hekimler nitelikli emeklerinin karşılığında performansa dayalı ödeme değil, özlük haklarının en üst düzeyde tutulduğu güvenceli ücret ile teşvik edilmelidir.

TTB-Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu olarak, getirilmek istenen TAM GÜN çalışma düzeninin bu şekliyle ülkemizin yararına olmayacağını ifade ediyor; yukarıda ifade ettiğimiz görüşlerimiz doğrultusunda hükümeti bir an önce bu Yasa

Tasarısı'ndan vazgeçmeye çağırıyor; bunun yerine hekimler ve diğer sağlık çalışanları için; emekliliğe yansıyan, kalıcı özlük hakları ve insani yaşam koşulları yaratan, özelde çalışanlara da diledikleri kurumda çalışma olanağı sağlayan, emeğe saygının gösterildiği bir düzenlemeden yana olduğumuzu bildiriyoruz.

#### **EK 7: Türk Dişhekimleri Birliği'nin Değerlendirmesi<sup>1</sup>**

“Tam gün çalışma konusunda ülkemizde iki kez düzenleme yapılmış ve her iki düzenleme de başarısızlıkla sonuçlanmıştır. Başarısızlığın nedenlerini sorgulamadan, hizmet sunucularını sürecin içerisine katmadan ve sağlık çalışanlarının öneri ve taleplerini önemsemeden yapılacak "Tam Gün Çalışma" uygulaması aynı akıbeti uğrayacaktır.

Ne yazık ki tarafımıza gönderilen tam gün kanun tasarısı kaygılarımızı doğrulayacak bir anlayışla hazırlanmıştır. Sağlık çalışanlarının yaşamlarını derinden etkileyecek bir düzenlemenin bir uzlaşısı ile yapılması başarısının anahtarı olabileceken tamamen farklı bir yöntemle hazırlanan tasarının ciddi sorunlar yaratabileceği endişelerimizi belirtmek isteriz.

Özellikle bireysel - muayenehanesinde- sağlık hizmeti üreten hekim ve diş hekimlerinin sistem dışına bırakılmasını hedefleyen kanun tasarısının ülke ve meslek gerçekleri ile örtüşmediği ortadadır. Bu anlamda kanunun bu şekli ile sağlık hizmetlerinde karmaşalar yaratacağı bilinmelidir.

Geçmiş tam gün çalışma başarısızlığının nedenleri önemslenmelidir.

1965 ve 1978 yıllarında uygulanmak istenen tam gün çalışma, meslek kuruluşlarının önerileri yeterince dikkate alınmadığından ne yazık ki başarılı olamamıştır. Serbest çalıştıkları yerleri kapatarak ya da buralardan ayrılarak kamu kurumlarında tam gün çalışmaya başlayan hekimler yanlış uygulamalar sonrasında mağdur olmuşlardır. Bunun yarattığı olumsuz algılanmanın giderilmesi uygulamanın başarısı açısından elzemdir.

Sağlık çalışanlarına güven verilmelidir.

---

<sup>1</sup> [http://www.tdb.org.tr/tdb/v2/haber\\_goster.php?id=212](http://www.tdb.org.tr/tdb/v2/haber_goster.php?id=212) (04.04.2013)

1928 yılında çıkarılan yasa gereğince günün koşulları dikkate alınarak, hem kamu hem de özel alanda çalışma hakkı tanınan hekim ve diş hekimlerinin, yılların alışkanlığını kısa erimde değiştirmeleri mümkün değildir. Özellikle emekliliklerine kısa zaman kalan sağlık çalışanlarının durumları göz önüne alınmalı geçiş süresi kişilerin durumlarına göre düzenlenmelidir.

Tam gün yasa tasarısı bireysel çalışan (muayenehanecilik yapan) hekimlerin bağımsız çalışma haklarını fiilen ortadan kaldıracaktır.

Yasa tasarısı; sağlık hizmetleri sunumunun tüm unsurlarını bütün olarak ele almamakta ve parça parça düzenlemelerle sağlık hizmetlerini iyileştirmeye çalışmaktadır. Bu anlayış özellikle diş hekimliği hizmetlerinde serbest çalışan diş hekimlerinin çalışma koşullarını, yaşam standartlarını bozmanın ötesinde yok etme sürecine sokmuştur.

Yasa tasarısının 6.maddesinde muayenehanelerin SGK ile sözleşme yapamayacağı belirtilmektedir. (Bu düzenlemenin diş hekimliği hizmetlerine de getirileceği söylenmektedir) Bu anlayış kendine çalışan yani muayenehanecilik temelinde sağlık hizmeti üreten hekim ve diş hekimlerinin yok oluşunu hazırlayan bir düzenlemedir.

Dünyada olduğu gibi Türkiye'de de diş hekimliği hizmetleri çoğunlukla serbest çalışan diş hekimleri (diş hekimliği muayenehaneleri) tarafından sunulmaktadır. Diş hekimliği hizmetlerinin bu özelliğini yok saymayı çağrıştıran böyle bir düzenleme sağlık hizmetlerini iyileştirmeyecektir. Aksine sağlık hizmetlerinde sermaye gruplarının tekelinin oluşmasına yol açarak sağlık hizmetlerinde hizmetin ve bilginin "rekabetini" önleyerek hizmetin niteliğini düşürecektir.

Diğer kurumlarda çalışanların mağduriyeti önlenmelidir.

Medikososyal, Adalet Bakanlığı, Belediye, Danıştay v.b resmi kurumlarda çalışanlar performans uygulamasından yararlanamamaktadırlar. Bu tür kurumlarda çalışanların özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışmalarının engellenmesi sonucunda gelirleri azalacaktır. Yasa tasarısı bu pozisyonda çalışanların mağduriyetini gidermelidir.

Sağlık ocağında ve hastanelerde çalışan diş hekimlerinin mağduriyeti önlenmelidir.

Aynı girişimsel işlemi yapan hekim ve diş hekiminin performans puanlarının farklı olması mağduriyeti diş hekimleri açısından sürmektedir. Ayrıca benzer işlemlerin puanlandırılmasında diş hekimlerinin emeğinin dikkate alınmadığı ya da diş hekimliği hizmetlerinin önemsenmediği görülmektedir.

Bunun yanı sıra aynı girişimsel işlemleri aynı sayıda yapan ama farklı kurumlarda çalışan diş hekimlerinin performans bedelleri arasındaki uçurum hakkaniyetli bir uygulamanın yapılamadığını göstermektedir. Ayrıca aynı kurumda çalışıp aynı girişimsel işlemleri gerçekleştiren farklı statüdeki( kadrolu,sözleşmeli) diş hekimlerinin performans bedelleri farklılık göstermektedir.

Bu yanlışlık düzeltilmeden hastanelerde ve özellikle sağlık ocaklarında çalışan diş hekimlerinin muayenahanelerinin kapatılmasının istenmesi var olan mağduriyetin daha da artmasına sebep olacaktır.

Bölgesel koşullar dikkate alınmalıdır.

Bazı şehir ve ilçelerimizde kamuda ve serbest çalışan diş hekimleri bulunmamaktadır. Bazı yörelerde tek diş hekimi bulunmaktadır. Bu durumda bölgeye yeni bir diş hekimi gelene kadar oradaki diş hekimine aynı zamanda muayenehanesinde de çalışma olanağı tanınmalıdır.

Çalışanların ücretleri insan onuruna yakışır düzeyde olmalıdır.

Diş hekimlerinin tek bir alanda emeklerini kullanmaları ve emekleri karşılığında alacakları ücretle insanca bir yaşam sürmeleri sağlanmalıdır.

Tam gün çalışan diş hekiminin kazancı; onu ikinci bir iş yapmayı ve ikinci bir zaman diliminde çalışmayı düşündürmeyecek düzeyde olmalıdır. Yasa tasarısının 3. maddesinde "mesai saatleri dışındaki çalışmalarından doğan katkılarına karşılık olarak bu maddedeki oranların yüzde 50'sini geçmeyecek şekilde ayrıca ek ödeme yapılabilir" düzenlemesi hekimlerin enerjilerini ve dikkatlerini zorlayarak hizmet verme-

ye teşvik etmektedir. Bu yaklaşım; hizmetin kalitesini göz ardı eden, hizmetin tıbbi uygunluğunu kontrol etmeyen sadece işlem sayısını temel alan performans uygulamalarındaki yanlışları daha da arttıracak ve hekim hataları sonucunda hasta mağduriyetleri artacaktır.

Kamuoyu; sağlık hizmetlerinin yoğun emek ve bilgi gerektiren bir hizmet sektörü olduğu ve bu nedenle sağlık alanında emeğini kullanan insanların ücretlerinin de farklı olması gerektiği konusunda bilgilendirilerek hekim emeğinin karşılığının verilmesi ve çalışan hekimin emeğinin de koruyacak bir sistemin kurulacağı yönünde ikna edilmelidir.

Çalışma süreleri insan onuruna yakışır şekilde düzenlenmelidir.

Taslakta haftalık çalışma saatlerinin 40 saat olarak belirlenmesi olumlu bir düzenleme gibi görünmekle birlikte nöbet, icap nöbeti ve mesai dışı çalışma vb. adlar altında fazla çalıştırılmalarına sınır getirilmeli uzun ve ağır çalışma koşullarının yaratacağı tahribat önlenmelidir.

Verilen ücretin özlük haklarına yansıtılması sağlanmalıdır.

Sağlık çalışanlarına ek gelir sağlayan performans uygulamasındaki yanlışlar düzeltilerek, burada yaratılan değerın özlük haklarına yansıtılması gerçekleştirilerek kamu çalışanlarının gelecekle ilgili endişeleri önenebilir. Bunun için olanaklı ise kamu çalışanlarına yönelik ikinci bir emeklilik sistemi kurulması düşünülebilir.

İş güvencesi için gerekli yasal değişiklikler yapılmalıdır.

Ülkemizde çalışanların iş güvencesi ciddi bir sorun olarak yaşanmaktadır. Çalışanların ister kamu, ister özel olsun haklarını işverenlere karşı koruyabilmesi için uluslararası anlaşmalar gereğince çalışanların toplu sözleşme ve grev hakkını tanıyan düzenlemeler tam gün yasa tasarısı ile birlikte gündeme alınıp yasalaşması sağlanmalıdır.

Eğitim kurumları ile Sağlık Bakanlığı birimleri aynı statüde olmamalıdır.

Eğitim kurumlarının sağlık kurum ve kuruluşları ile aynı özellikte değerlendirilmesi tıp ve diş hekimliği fakültelerinde çalışanların önceliğini hizmet üretmeye vermesine yol açacaktır. Bunun sonucunda eğitimde ciddi olumsuzluklar oluşacak ve yetkin sağlık insangücü yerine vasıfsız ya da az vasıflı sağlık çalışanları hizmet alanında yer alacaktır. Bu durum sağlık hizmetlerinde hekim hatalarının artmasına neden olacaktır. Eğitim kurumlarının asli görevinin öğrenci yetiştirme, araştırma ve bilim üretmek olduğu unutulmamalıdır.

*Yabancı hekim çalıştırılması* hekimler arasında işsizliğe, sağlık çalışanları arasında çatışmalara ve ayrıca hizmetin kalitesinde sorunlara yol açacaktır.

Yasa tasarısının 5. maddesi yabancı hekimlerin çalışmasına izin vermektedir. Ülkemizde hizmet kullanım sıklığı, mevcut sağlık sorunlarının envanteri, hastalıkların sıklığı, değişimi v.b gibi kriterler çerçevesinde insangücü planlaması yapılmadan Türkçe bilmeyen farklı kültüre sahip yabancı hekimlere çalışma izni verilmesi hekimler arasında işsizliğe, sağlık çalışanları arasında çatışmalara sebep olacaktır. Ayrıca yanlış teşhis ve tedavilere de yol açacaktır.

Yasa dışı çalışmalara izin verilmemelidir.

Maaş, özlük hakları ve çalışma koşullarındaki iyileştirmeler kabul edilebilir düzeyde olmasına karşın, tam gün çalışmayı kabul edip yasal olmayan bir şekilde özel çalışmaya devam eden sağlık çalışanları hakkında gerekli idari işlemler yapılmalıdır.

Tam gün çalışmanın yarattığı değerlerden diğer sağlık personeli de yararlanmalıdır.

Sağlık hizmetlerinin ekip çalışması olduğu gerçeğini unutmadan; sağlık kurum ve kuruluşlarında iç huzurun ve verimliliğin temel şart olduğu anlayışı çerçevesinde, hekim dışı sağlık personeli ücretlerinin de iyileştirilmesi sağlanmalıdır.

Asker hekimler de kapsam içine alınmalıdır.

Taslakta Türk Silahlı Kuvvetleri bünyesinde bulunan hekimler yönünden ayrı bir düzenlemeye gidilmesi doğru değildir. Bu hekimler de maaşları ve ek görev tazminatlarında yapılacak düzenlemelerle kapsam içine alınmalıdır.

Tam gün çalışma uygulaması süreci zamana yayılarak yeni mağduriyetlere yol açılmamalı, tıbbi cihazların ve Yardımcı Personelin durumu göz önüne alınmalıdır.

Emeklilik süresine az kalan (1 ila 5 yıl arası) sağlık çalışanlarının emeklilik ile ilgili özlük haklarında kayıplar olmaması için kademeli geçiş süreleri konulmalıdır. Şu anda yarımgün statüsünde çalışanların tamgüne geçmesi sürecinde işyerlerindeki araç gereç ve diğer malzemelerin değerlendirilmesi ayrıca yanında çalıştırdıkları personelin istihdamına yönelik çözüm yolları bulunmalıdır.

#### **EK 8: Türkiye Biyoetik Derneği'nin Görüşü<sup>1</sup>**

“Türkiye Biyoetik Derneği hem hasta bakımı hem de öğrenci eğitimi yönlerinden sağlık birimlerinde hekimlerin, tam gün çalışmalarına ilke olarak karşı değildir. Bu nedenle yasaya ismini veren tam gün çalışma kavramını desteklemektedir. Ancak Tam Gün Çalışma Yasa Tasarısı sadece bunu değil, başka önemli hususları da içermektedir.

Bunlardan biri de hekimlerin "kısmı statü"lü kadroya geçirilmeleridir. Bu durum, hekimlerin kolayca, işten çıkarılabilmeleri anlamına gelir. Oysa böyle bir yasa hazırlanırken ve hekimlerden tam gün çalışma istenirken, onların sosyal güvenlikleri ve özlük hakları da güvence altına alınmalıdır. Bu yanıyla yasa sadece muayenehaneciliği yok etmeyi hedeflemektedir ve Bakanlık yetkililerinin basın açıklamaları da hep bu yönü vurgulamaktadır. Oysa muayenehane açmak hekimlerin Cumhuriyetimizin başlangıç yıllarından beri hakkıdır. Esas endişe yaratan husus, hekimin muayenehane açma hakkının elinden alınmasının yanı sıra, hekim emeğinin hem kamuda hem de özelde sömürülmesi sürecinin başlatılacak olmasıdır. Bu nedenle

---

<sup>1</sup> [http://www.biyonetik.org.tr/files/TBD\\_Tam\\_Gun%2004.09.2009.pdf](http://www.biyonetik.org.tr/files/TBD_Tam_Gun%2004.09.2009.pdf) (04.04.2013).

tam gün çalışma ve muayenehaneyi kapatma yasanın zorlamasıyla değil, hekimlerin uygun koşullar sağlanarak gönüllü istemiyle olmalıdır.

Bu yasa tasarısı, hekimin muayenehane açma hakkını elinden alarak, sosyal güvencesini ve özlük haklarını ihmal ederek, onları sözleşmeli statüye geçirerek iyi hekimlik kavramını da yıkmış olmaktadır. Hekimlere emeklerinin karşılığı olan insanca yaşama standardını temin edecek maaş ve mesleki güvence sunma tıp etiğinin adalet ilkesi ve iyi hekimlik ölçütleri ile de uyumludur.

Hekimler tam gün çalışma ilkesine karşı değildirler. Refah düzeyini temin edebilmek için hastane dışında da çalışmaya mecbur kalmaktadırlar. Yasa'nın bu önemli eksikliklerini gidermeden çıkarılmasına karşıyız. Tam gün çalışma fikrini desteklemekle birlikte, hekimlerin sosyal güvencelerini ve özlük haklarını güvence altına alan bir Yasa'dan yanayız.”

#### **EK 9: Tıp Fakültelerinin Görüşleri<sup>1</sup>**

Tıp fakültelerinde görev yapan öğretim üyeleri eğitim, araştırma ve sağlık hizmeti vermekte yükümlüdürler. Öğretim üyelerinin tam gün statüsünde çalışmaları Tıp fakültelerinin istenen düzeyde eğitim, araştırma yapabilmeleri, sağlık hizmeti sunabilmelerini önemli ölçüde destekleyecektir. Ancak hekimlerin özlük haklarının korunması, çalışma koşullarının ve maaşlarının iyileştirilmesi zorunludur.

Tam Gün Yasa Taslağı tartışılırken tıp fakülteleri açısından aşağıdaki noktalar göz önüne alınmalıdır.

1. Öğretim üyeleri, ülkemizde gelecek nesillerin sağlığından sorumlu olacak pratisyen ve uzman hekimlerin yetişmesine, etik ve ahlaki değerlerinin, araştırma becerilerinin oluşmasına doğrudan katkıda bulunarak, belki de Türkiye'deki gelecek 30 yılın sağlık sistemini etkilemektedirler. Bu fonksiyon tıp fakültesi öğretim üyelerini diğer kamu hastaneleri ve özel hastanelerde çalışan hekimlerden ayırmaktadır. Öğretim üyeleri Tıp Fakültesi öğrencilerine, tıpta uzmanlık öğrencilerine ve uzman hekimlere mezuniyet sonrası eğitim vermektedir. Tıp Fakülteleri en karmaşık vakala-

---

<sup>1</sup> <http://www.tibder.com/modules.php?name=News&file=article&sid=371> (04.04.2013).

rın gönderildiği üçüncü basamak sağlık kurumlarıdır. Gerekli bilgi beceri ve deneyime sahip hekimlerin yanında özel bir donanım ve altyapı gereklidir. Tıp fakültelerindeki hekimlerin eğitim ve sağlık hizmetinin yanında bilime giderek artan katkıları da akılda tutulmalıdır. Ülkemizdeki bilimsel araştırma ve yayınların büyük kısmı tıp fakültelerince yapılmaktadır. Son 25 yılda yapılan tüm uluslararası klinik yayınların yüzde otuz altısı tıp alanındaadır.

2. Hak ettikleri yaşam standartlarını karşılamaktan çok uzak olan öğretim üyelerinin üniversite hastanelerinde mevcut durumda tamgün ve hatta akşam geç saatlere kadar çalışıp sağlık hizmeti üretmesindeki en önemli güdüleyici etken döner sermayeden ek ödeme alabilmesidir. Hekimlerin, Tüm mesailerini kuruma gönül rahatlığı ile verebilmesi için özlük hakları korunmalı ve öğretim üyesine yakışır, emekliliğe yansıyacak bir temel maaş ile performansına göre değişen, döner sermayeye yaptıkları doğrudan gelir getirici faaliyetlere göre, sınırlandırılmamış katkı payı verilmelidir.

3. Gerçekçi rakamlardan uzak olan BUT (Bütçe Uygulama Talimatı) fiyatları ile oluşan üniversitelerin döner sermaye gelirleri ile hastanelerin tüm masraf ve ihtiyaçlarının karşılanması, araştırmaya fon ayrılıp, kalan parayla öğretim üyelerine performanslarına göre yeterli düzeyde ek ödeme yapılabilmesi gerçekçi ve olanaklı görülmemektedir. Sağlık hizmetlerinin mevcut ücretlendirilmeleri modern tıp uygulamalarını kısıtlamakta ve hasta güvenliğini tehlikeye sokmaktadır. Döner sermaye hizmet gelirleri, BUT ve SUT üzerinde üniversite hastaneleri için artı yüzde otuz ödeme çarpanı oluşturularak veya tüm özel sağlık sigortaları tarafından da kıstas olarak Kabul edilen TTB fiyatları yüzde yirmi gibi bir fiyatlandırma ile güçlendirilmelidir.

a. Üniversite hastanelerinin kesintisiz ve kaliteli sağlık hizmeti üretebilmesi için, döner sermayeler tarafından sağlanan sarf harcamalarının üniversite döner sermaye işletmelerine kesintisiz ve zararsız olarak geri dönmesi gerekmektedir.

b. Üniversite hastanelerinin sabit cihaz yatırımları için de katma bütçe desteği çok önemlidir.

c. Döner sermaye katkı payı dağıtımının gelir vergisinden muaf tutulması (Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı döner sermaye dağıtımında olduğu gibi) veya indirimli olması uygun olacaktır.

4. Tam Gün Yasa Tasarısı, üniversitede çalışan öğretim üyelerinin, özel hasta bakması ve özel ameliyat yapmasını yasaklayarak hekimlerin mesleki hak ve özgürlüklerini kısıtlamaktadır. Öğretim üyelerinin belirli bir performans geçildikten sonra hastanın özgür iradesine bırakılmak ve rasyonel alternatif sunmak kaydıyla üniversitede özel muayene ve ameliyat yapmasına olanak verilmelidir.

Döner sermayelerin en önemli kaynaklarından biri hekimlerin özel hasta ve özel ameliyat yoluyla yaptığı doğrudan katkılardır. Birçok büyük üniversitenin toplam döner sermaye cirolarının yaklaşık yüzde onbeşini hekimlerin bu doğrudan katkısı oluşturmaktadır.

a. Üniversitede çalışan hekimler, özel muayene ve özel ameliyat yaparak, bir yandan doğrudan döner sermayeye, öte yandan ise hasta haklarının vazgeçilmez bir parçası olan hekim seçme özgürlüğüne katkıda bulunmaktadır.

Karar verici mekanizmalar, üniversite bünyesindeki hekimlerin mesleki haklarına uygulamada kısıtlılık koymak yerine; öğretim üyelerinin rutin uygulamalara katılımlarıyla orantılı olarak özel uygulamalarına da olanak tanınmalıdırlar. (Örneğin bir klinikte ayda on ameliyatın sorumluluğunu alan bir cerraha o ay saat 14:00' den sonra on özel ameliyat yapma izni verilmesi.) Böyle bir düzenleme Tam Gün Yasasının üniversitelerde başarıyla uygulanabilmesinin olmazsa olmaz şartıdır.

Karar verici mekanizmalar öğretim üyelerinin tam gün çalışma prensibiyle eğitime ve sağlığa katkılarının daha fazla olacağı tespitini doğru yapmışlardır. Karar vericiler, aynı doğru yaklaşımı, öğretim üyelerinin, temel maaş ve döner sermaye gelirlerini belirlerken, bu konuma nasıl geldiklerini, eğitim ve sağlıktaki vazgeçilmez katkılarını en iyi şekilde değerlendirerek sürdürmelidirler.

Destekleyen Üniversiteler:

1. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi

2. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi
3. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
4. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
5. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi
6. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi
7. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi
8. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
9. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi
10. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
11. Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi
12. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
13. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi
14. Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi
15. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
16. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi
17. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
18. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi
19. İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
20. İ.Ü.İstanbul Tıp Fakültesi
21. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi
22. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi
23. K.T.Ü. Tıp Fakültesi
24. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
25. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi
26. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi
27. Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
28. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi
29. Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi
30. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi
31. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi
32. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi
33. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi

### **EK 10: Türk Sağlık-Sen'in Görüşleri<sup>1</sup>**

Yasa tasarısına genel olarak bakıldığında yetkili sendika olarak Sağlık Bakanlığı ile yaptığımız Kurum İdari Kurul toplantılarında alınan bazı kararların hayata geçirilmek istendiği gözlenmiştir. Bakanlığınızın bu yaklaşımı kamu sendikacılığının gelişmesine, sendikal bilincin artarak devam etmesine vesile olacaktır.

Çağımızın en önemli gereklerinden biri olan sendikaların istek ve önerilerinin salt çalışanların menfaatine yönelik olmadığı, daha etkin ve nitelikli kamu hizmetinin sunumuna katkı sağlama niyetini taşıdığının bakanlığınızca algılanması önemli bir gelişme olarak görülmektedir.

### **MADDELERLE İLGİLİ ÇEKİNCELERİMİZ VE İLAVE TALEPLERİMİZ**

Madde 1: 209 sayılı kanunun 5. maddesinin üçüncü, dördüncü ve yedinci fıkralarında yapılan değişiklik yeterli değildir. Şöyle ki; sadece idari sağlık müdür yardımcılarının ek ödeme tutarının artırılması idari görevlerde bulunan diğer şube müdürü, şef gibi kadrolarda görev yapan personeller bakımından adaletsiz bir uygulamayı ortaya çıkaracaktır. İdari il sağlık müdür yardımcılara yapılan artış, tabip unvanlı il sağlık müdür yardımcıları arasındaki döner sermaye farkını giderecektir. Ancak, şube müdürü kadrosunda görev yapan personellerden tabip olan ve olmayan arasındaki farkın giderilmesi ile ilgili her hangi bir düzenlemeye yer verilmemesi hakkaniyet ve eşitlik kuralı ile bağdaşmamaktadır. Bu nedenle, kadro unvanı gözetmeksizin gerek il sağlık müdür yardımcıları gerekse şube müdürleri arasındaki döner sermaye farkının kap atılması ve döner sermaye oranları, yönetim kademelerinde bulunan il sağlık müdür yardımcısı, şube müdürü ve şef gibi unvanlar bakımından makul farklılıklar olacak şekilde yeniden düzenlenmesi gerekmektedir.

Benzer uygulama 2. basamak sağlık hizmeti sunan kurumlar için de mevcuttur. Şöyle ki, hastane müdürü, eczacı ve başhemşirelere uygulanan oranın gerekçesi

<sup>1</sup> <http://www.turksagliksen.org.tr/haberler/sendikamizdan-haberler/5401-tam-gasa-tasla-dair-sendikam-raporu.html> (05.04.2013)

makul değildir. Hastane yönetiminde görev alan personellere ayrı ayrı oran uygulaması yöneticilerin motivasyonunu olumsuz yönde etkilemektedir. Hastane müdür, müdür yardımcıları ve şefler kendi aralarında başhemşire ve başhemşire yardımcılarını kendi aralarında kategorize edilmelidir. Keza, eczacıların diğer kariyer unvanlı personellerden ayrı tutularak oranlarının yüksek tutulması, döner sermaye gelirinin personele dağıtılmasını düzenleyen kanun ve diğer mevzuatların mantığına ters düşmektedir. Bu nedenle idari kadrolarda görev yapan personellerin kendi aralarında makul farklılıklar olacak şekilde yeniden bir düzenlemeye gidilmesi ve eczacılara uygulanan döner sermaye oranının eczacı unvanı ile aynı düzeydeki diğer unvanlı personellere de uygulanması gerekmektedir. Ayrıca, gerek 1. basamak gerekse 2. basamak sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşlarda görev yapan tabip dışı personellere uygulanan döner sermaye oranları muhafaza edilmiştir. Sağlık hizmetlerinin sunumunda en etkin rol alan, vatandaşlarımızın sağlık hizmetlerine erişimlerine ve memnuniyetlerine oldukça fazla katkısı olan tabip dışı personellerin döner sermaye oranlarının arttırılmaması sağlık çalışanlarının motivasyonunu olumsuz etkileyecektir. Mevcut oranlar, kurum ve kuruluşlarda elde edilen döner sermaye gelirinin anılan personele yansıtılmasını engellemektedir. Elde edilen gelirin fazla olduğu aylarda tavana takılan personeller bu katkıdan yararlanamamaktadır. Bu nedenle, tabip dışı sağlık personellerinin döner sermaye oranları % 150 den %300'e çıkarılması, diğer GİH, YH ve TH sınıfında görev yapan personellerin döner sermaye oranları ise %150 den % 250'ye çıkarılması gerekmektedir. Keza, hizmetin özelliği dikkate alınarak farklı döner sermaye oranları öngörülen birimlerin dışında özellik arz eden riskli birimler kapsam dışı bırakılmıştır, 112 acil sağlık hizmetleri, diş üniteleri, intaniye servisleri, laboratuvar ve radyoloji servisleri gibi riskli birimlerin özellik arz eden riskli birimler kapsamında değerlendirilerek oranlarının arttırılması gerekmektedir.

Madde 2 ve 3: Özellikle öğretim üyeleri için getirilen şartlar dikkate alındığında üniversitelerden özel sektöre doğru bir kopma olabilecektir. Bilindiği gibi özellikle tıp alanında öğretim üyeleri özel sektör tarafından sürekli olarak transfer edilmektedir. Bugün ülkemizde çok ünlü tıp profesörlerinin özel sektörde çalışma hayatlarını sürdürdüğü dikkate alındığında öğretim üyelerine getirilen bu zorunluluklar nedeniyle hem üniversite hastanelerinde öğretim üyeleri açısından bir azalma olacak hem de tıp eğitiminde aksaklıklar ortaya çıkabilecektir.

Madde 4: Türk silahlı Kuvvetlerinde görev yapan tabip, diş tabibi ve uzman tabipler çalışma saatleri dişında meslek ve sanatlarını serbest olarak icra edebilmele-  
rine imkan sağlanmaktadır. Böylelikle askeri hekimler ile sağlık Bakanlığı'nda görev  
yapan hekimlerin maaşlarındaki dengesizlik, askeri hekimlere yarı zamanlı çalışma  
imkanı verilerek aşılmaya çalışılmıştır. Oysa ki tüm kamuda görev yapan hekimlerin  
farklı kurumlarda görev yapsalar bile aynı mali ve sosyal haklara tabi olması gerek-  
mektedir. Ancak böyle bir eşitlik sağlanabilecek bir kurumun diğerinden üstünlüğü  
veya tercih edilmesi açısından ciddi farklılıkları olmasının önüne geçilebilecektir.

Madde 5: Türkiye'de hekimlik yapabilmek için mevcut kanunda yer alan  
"Türk Olma" şartı kaldırılarak hem Türkiye'deki tıp fakültelerinden mezun olmuş  
yabancı uyrukluların hem de Yurt dişındaki faaliyet gösteren ve YK tarafından  
denkliği onaylanmış tıp fakültelerinden mezun olan yabancı uyruklularının Türki-  
ye'de hekimlik mesleği icra edebilmelerinin n açılmıştır. Kamuoyunda Yabancı  
doktor uygulaması olarak bilinen uygulama bu madde ile getirilmektedir. Türk Sağ-  
lık Sen olarak ülkemizdeki hekim açığının yabancı doktor getirmek sureti ile gideri-  
lemeyeceğini dşunmektayız. Ülkemizdeki doktor açığı ancak, lkemizin şartları göz  
nne alınarak YK ile işbirliği halinde yapılacak çalışmalarla giderilebilecektir.  
Bunun içinde öncelikle tıp fakültelerinin kontenjanları arttırılmalıdır. Buna ilave ola-  
rak Türkiye'deki tıp fakültelerinden mezun olana yabancılara Türkiye'de hekimlik  
yapma olanağının sağlanması fayda sağlayacaktır. Fakat bu kapsamda mezun olanlar  
sınırlı sayıda olduğu için bir çözüm yolu olmayacaktır. Ayrıca yurt dişında okuyan  
Tıp ğrenimi gören Türk ğrencilerinin gittiği okulların büyük bir bölümüne de  
YK tarafından denklik verilmemektedir. YK'n denkliği aradığı kıstaslarda her-  
hangi bir değişiklik olmazsa bu vatandaşlarımızın da ülkemizde doktorluk yapma-  
larına imkan yoktur.

Madde 6: Tam gün yasasının temeli olan hekimlerin yarı zamanlı çalışmaları-  
na ciddi kısıtlamalar getirilmektedir. Hekimlere Kamu kurum veya kuruluşları, Sos-  
yal Güvenlik kurumu ile sözleşmeli çalışan özel sağlık kurum ve kuruluşları, Sosyal  
Güvenlik kurumu ile sözleşmesi bulunmayan özel sağlık kurum ve kuruluşları ile  
serbest meslek icrası olmak üzere üç çalışma seçeneğinden birini tercih etmeleri is-  
tenmiştir. Böylelikle hem kamuda hem de özel sektörde Sosyal güvenlik Kurumu ile

anlaşması olan hastanelerde tam gün çalışma getirilmiştir. Bu madde ile özel sektörde de doktorun çalışma alanı kısıtlanarak Kamuda çalışan ve muayenehanesi olan doktorların özele geçmesinin önüne bir set çekilmiştir. Fakat bugün Sağlık Bakanlığında bir doktorun aldığı maaşın neredeyse 3 katı veren özel hastaneler olduğu dikkate alınırsa SGK ile anlaşması olan hastanelere kamudan bir geçiş söz konusu olacaktır. Sağlık Bakanlığının buna önlem olarak Sosyal Güvenlik yasasına koydurduğu yüzde 20'lik fark sınırlaması gibi bir uygulamasının bile baskılar sonucu geri adım atılarak hayata geçirilemediği göz önüne alınırsa kamuda yarı zamanlı olarak görev yapan 8 bine yakın uzman doktor ve 10 bin pratisyen hekiminden özel sektöre ciddi geçişler olabilecektir. Özellikle tam gün yasasının tartışmaya açıldığı 2007 yılında 1561'i uzman doktor olmak üzere toplam 3 bin 16 doktorun Sağlık Bakanlığı'ndaki görevinden istifa etmesi, bu sayının 2006 yılının iki katı olması ve sıkça gazetelerde "Doktor istifa etti, Hastanede hizmet aksadı, İlçe Doktorsuz kaldı" gibi haberlerin yer alması da özel sektörü tercihin önemli kanıtlarıdır. Yine özellikle bu dönemde özel sektörün teşvik edilmesi sonucunda Özel Sağlık kurum ve Kuruluşlarının hızla çoğalması ve hekim ihtiyaçlarını kamudan karşılamaya yönelmeleri de hekimlerin kamudan ayrılımlarının nedeni olmuştur.

Hekimlerin kamu hastanelerinde tam gün çalışması doğru ve gerekli bir uygulamadır. Fakat yukarıda da nedenleri ile ifade ettiğimiz gibi bu şartlar altında kamudan özele bir hekim geçişi yaşanacaktır. Hekimleri kamuda tutmaya sağlayacak iyileştirmeler ve önlemler ortaya konulmadan hekimleri bir tercihe zorlamak kamunun sağlık hizmetini yürütmesinde ciddi aksaklıklara yol açacaktır. Ayrıca, kamu kurum ve kuruluşlarının daire tabipliklerinde görev yapan tabiplerin serbest çalışıp çalışmayacakları ve bu kanun kapsamı dahilinde sayılıp sayılmadığına ilişkin bir hükme yer verilmemesi tereddütlerin oluşmasına sebebiyet verecektir.

Madde 7: Radyasyonla teşhis, tedavi veya araştırmanın yapıldığı yerler ile bu iş veya işlemlerde çalışan personel için haftalık çalışma saati 40 saate çıkarılmaktadır. Bu kişilerin çalışma şartları, yüksek dozda radyasyona maruz kalmaları halinde alınacak önlemler yönetmelikle düzenlenecektir. Bu değişiklik her şeyden önce hukuka uygun değildir. Çünkü halihazırda radyoloji çalışanlarının çalışma saatlerini yükselten mevcut yönetmelik hakkında, Danıştay İdari Dava Daireleri Genel Kurulu'na

yaptığımız itiraz sonucunda, itirazımızı yerinde bularak yürütmeyi durdurma kararı vermiştir. Dava esastan görüşülmeye devam etmektedir. Ortada böyle bir hukuki süreç işlerken kanun değişikliğine giderek radyoloji çalışanlarının çalışma sürelerini haftalık 40 saate çıkarmak son derece yanlıştır. Mahkeme kararlarını geçersiz kılma çabasıdır. Bugün kamu kurumlarında bulunan röntgen makinelerinin yüzde 44'ünün ruhsatsız olması, lisans problemleri olması ve TAEK tarafından düzenli kontrollerin yapılmaması nedeniyle günlük 5 saatlik mesaide bile radyoloji çalışanları büyük bir tehdit altında, sağlıklarını riske ederek görev yapmaktadırlar. Günlük çalışma süresini 8 saate çıkarmakla ciddi sağlık sorunları ile karşılaşacakları aşikârdır. Bu nedenle önce uygun ortamlar hazırlanarak radyoloji üniteleri güvenli hale getirilmelidir. Sağlık Bakanlığı'nın radyoloji konusunda öncelikli yapması gereken budur. Ayrıca Danıştay'ın vereceği karar doğrultusunda düzenleme yapmak hukuki açıdan daha doğru olacaktır. Öte yandan gelişmiş ülkelerin uygulamalarına baktığımızda teknisyen başına düşen expojour sayısı daha az, teknik imkânlar ve alınan önlemler daha yüksek seviyededir. Gelişmiş ülkelerdeki mesai saati uygulaması örnek alınmadan önce TAEK'in uygulamalarının gözden geçirilmesi ve radyoloji teknisyenlerinde görülen mesleki hastalık risklerinin minimuma indirilmesi için gerekli tedbirlerin alınması gerekmektedir. Personel ve çekim odalarının yetersizliği nedeni ile çalışılan ortamda biriken radyasyon, günlük 8 saatlik mesai içinde personelleri doğrudan etkisi altında bırakmaktadır. Radyoloji çalışanlarının çalışma ortamlarından kaynaklı hastalıkların varlığı bilinmesine ve bu yönde birçok personelin mağdur olmasına karşın mesai saatlerinin yükseltilmesi kamu yararı ve hizmet gerekleri ile bağdaşmamaktadır.

Madde 9: Hekimlere görev tazminatı ödenmesi hükme bağlanmaktadır. Bu tazminatı artırma bakanlar kurulu kararına bağlansa da en fazla 742 TL olabileceği hükme bağlanmıştır. Bu iyileştirmenin tüm sağlık çalışanlarına yayılması gerekmektedir. Aksi takdirde doktorlar ile diğer sağlık personeli arasındaki ücret adaletsizliği daha da büyüyecek makas açılacaktır. Bu da işyerlerinde çalışma barışını zedeleyecektir.

## SONUÇ VE KANAAT

Anayasamızın amir hükümleri çerçevesinde yürütülen sağlık hizmetlerinin vatandaşımıza daha etkin ve nitelikli sunulması, sağlık hizmetlerinin herkes için eşit ve eriş-

lebilir seviyeye ulaştırılması için her türlü olumsuz şartlara rağmen özveri ile kesintisiz hizmet veren sağlık çalışanlarına yönelik yapılacak yasal düzenlemelerde personellerin bir bütün olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu anlamda bakanlığınızca yapılması düşünölen söz konusu yasal düzenleme bu ilkeler ekseninde olmadığı göze çarpmaktadır. Eşitlik ve hakkaniyet kuralı çerçevesinde, ölkemizin ihtiyaçları ve değişen koşullar göz önüne alınarak çalışanların beklentilerini karşılayacak şekilde düzenlemelere yer vermek bir zorunluluk olarak görölmelidir. Ancak, sağlık ve sosyal hizmet kolunda yetkili olan Türk Sağlık Sendikasının 2007 toplu görüşme gündemine taşıyarak Maliye Bakanlığı yetkililerini ikna ettiği, Kurum İdari Kurul toplantısında karar altına aldırdığı nöbet ücretlerinin kamu sağlık kurumlarının tamamına, bütün personellere arttırılarak yansıtılması ve kamu sağlık kurumlarında mesai uygulamasında eşitsizliğe sebebiyet veren günlük 9 saat mesainin 8 saate indirilmesine yönelik düzenleme yapılması sağlık çalışanları tarafından olumlu karşılanmıştır.

Öte yandan, 5620 sayılı Kanun ile 657 sayılı Kanunun 4/b maddesine göre sözleşmeli personel statüsüne geçirilen personellere döner sermaye ödenmesi ve bu oranın arttırılması kurumlar arası uygulama birliğinin sağlanması yönünde örnek alınacak bir uygulama olarak ön plana çıkmıştır. Ancak, Sözleşmeli personellerin diğer özlük hakları ile ilgili düzenleme yapılmaması büyük bir eksiklik olarak göze çarpmaktadır. Bu anlamda söz konusu yasa tasarısı taslağı üzerinde önermede bulunduğumuz diğer hususların dikkate alınarak düzenleme cihetine gidilmesi sağlık çalışanlarının moral ve motivasyonlarının yükselteceği ve sağlık hizmetlerine olumlu etki edeceği kanaatini taşımaktayız.”

### **EK 11: Sağlık Emekçileri Sendikası’nın Değerlendirmesi<sup>1</sup>**

Tasarı taslağının genel gerekçe bölümünde uzunca anlatılan "sağlıkta dönüşüm programı" ölkemiz sağlık ortamında önemli sorunlara yol açmakta; kamusal sağlık hizmetlerinden hızla uzaklaşılarak sağlık alanının piyasalaştırılmasına hizmet etmektedir. Program doğrultusunda atılan tüm adımlar sağlıkta özelleştirme uygula-

<sup>1</sup> <http://www.ses.org.tr/images/dokuman/tamgun.doc> (05.04.2013);  
[http://www.saglikmemurlari.org/forum/pop\\_printer\\_friendly.asp?TOPIC\\_ID=1784](http://www.saglikmemurlari.org/forum/pop_printer_friendly.asp?TOPIC_ID=1784) (06.04.2013).

malarını hızlandırmakta ve bunun sonucu olarak sağlık harcamaları hızla artarken sağlık düzeyi göstergelerinde anlamlı bir iyileşme görünmemektedir. Aynı programla sağlık hizmetlerinin bütüncül özelliği - koruyucu sağlık hizmetleri aleyhine, tedavi edici hizmetler lehine- bozulmaktadır. "Dönüşüm programı" ile 657'ye tabi kadrolu istihdam yerine; güvencesiz, sözleşmeli çalışma yaygınlaşmakta; sağlık hizmetlerinin kamusal özelliği ve sürekliliği göz ardı edilmektedir. Kamu görevlileri eliyle sunulması gereken hizmetler hızla taşeronlara devredilmekte, böylece sağlık ortamında parçalı istihdam ve parçalı hizmet sunumuna yol açan kaotik bir ortam oluşmaktadır.

Genel gerekçenin son bölümlerinde "ancak birçok ülke tecrübesi de göz önüne alınarak, sağlık hizmetlerinin piyasa şartlarına terk edilemeyeceği gerçeği ihmal edilemez. Özel sağlık hizmetlerinin makul büyüklükte sınırlanması kamu hizmetlerinin ise ana hizmet sunucusu olarak yetenek ve kapasitesinin korunması gerekmektedir" şeklinde özetlenen yaklaşım son derece önemli ve anlamlı bir yaklaşım olmakla beraber dönüşüm programının bütünlüğü ve özellikle TBMM'de görüşülmeyi bekleyen "Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulama Yasa Tasarısı"nın muhtevası ile birlikte değerlendirildiğinde ortaya büyük bir çelişki çıkmaktadır. Bakanlığınız sağlık sisteminin sorunlarına yukarıdaki tespiti ile felsefi düzeyde doğru teşhis koymakla beraber, uyguladığı tedavi teşhise tezat oluşturmaktadır.

Sendikamız, sağlık personelinin tam gün çalışmasını kamusal bir sağlık sistemi içerisinde savunmaktadır. Ancak, dönüşüm programı ve bu doğrultuda sağlık hizmetlerini piyasalaştıran bir dizi uygulama ve özellikle "Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulama Yasa Tasarısı" ile getirilmek istenen; kamu hastanelerinin birlikler halinde oluşturulacak idari yapısı, sağlık birimlerinin taşeronlaştırılması, sözleşmeli, esnek çalışmanın esas alınması, temel ücret yerine performansa dayalı döner sermaye uygulamasının hakim kılınması ve böylece iş güvencesiyle beraber ücret güvencesinin de ortadan kaldırılmasını kamusal bir sağlık sistemi açısından kabul edilemez bulmaktadır. Gerçek anlamda iş, ücret güvencesi ve vergilerle finanse edilerek herkese eşit, ücretsiz, ulaşılabilir, nitelikli sağlık hizmeti sunumunu sağlayacak kamusal bir sağlık sisteminde tam gün çalışma sendikamızın savunduğu temel politikalarımızdan birisidir.

Tasarı taslağına ilişkin genel olarak görüş ve önerilerimiz şunlardır:

1. İthal Hekim: Tasarı taslağı ile ithal hekimin önü açılmaktadır. Sendikamızın ithal hekimle ilgili olarak üç konuda itirazları bulunmaktadır.

a. İthal hekimle birlikte uluslararası sermaye şirketlerinin Türkiye'deki sağlıkta özelleştirme uygulamalarının önünü sonuna kadar açma girişimleri olacaktır. Özellikle sağlık turizmi uluslararası sermayenin hizmetine sunulacaktır.

b. İthal hekimle birlikte sağlık alanında ucuz iş gücü temini yoluna gidilecektir.

c. İthal hekimin ülkemiz sosyo-kültürel yapısına uygun hizmet vermesinin mümkün olmadığını düşünmekteyiz. Dil probleminin çözülemediği bir yerde nitelikli sağlık hizmetinin verilmesi söz konusu olmayacaktır.

2. Performansa Dayalı Ücret Sistemi: Performansa dayalı ek ödeme uygulaması 2004 yılından beri uygulandığı gibi hiç değiştirilmeden uygulanmak istenmektedir. Bu sistemi şöyle özetleyebiliriz:

a. Performans sistemi hekim merkezli olup sağlık hizmetinin bir ekip hizmeti olduğu anlayışını reddetmektedir.

b. Performans uygulaması bugüne değin işyerlerindeki çalışanlar arasındaki iş barışını bozmuştur. Performans uygulaması sağlık harcamalarının artmasına neden olmuştur. Nitekim Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin döner sermaye alacaklarının önemli bir kısmının kanunla silinmiş olması ve yakında üniversite hastanelerinin döner sermaye alacaklarının bir kısmının silinmesi için kanun çalışması yapılması, bütçe içerisindeki sağlık giderlerinin abartılı biçimde artması bu iddiamızı kanıtlamaktadır.

c. Tasarı taslağının gerekçe kısmında anlatılan hekim-hasta arasında para ilişkisinin bitirilmesi isteği mevcut performans sisteminde imkansızdır. Doğrudan para alma olayı yaşanmasa bile hastaya yapılan her müdahale yada tedavinin işlem olarak puanlandırılması, tıbbi ihtiyaç olmamasına rağmen hastaların yatırılması, ihtiyaç

olmadığı halde ameliyat (sezeryan gibi), tetkik vb. işlemlerin işlemleri arttıracak kesindir. Para ilişkisinin tümünden bitirilmesi için mevcut performans sisteminden vazgeçilerek, alınacak ücretlerin emekliliğe de yansıtılacak biçimde temel ücret uygulamasına geçilmesi sağlanmalıdır.

d. şıkkında belirtildiği gibi performans sisteminin olmadığı insanca yaşanacak temel ücret uygulaması gerçekleşinceye kadar;

da. Performans sisteminde personele verilmesi öngörülen oranlarda çok ciddi bir adaletsizlik bulunmaktadır. Bu sistemde ücret farkı maaş sistemindeki ücret farkının çok çok üzerine çıkmış 20 kata yakın ücret farkı oluşmasına neden olmuştur. Bu nedenle oranların yeniden gözden geçirilerek özellikle düşük gelir grubunda bulunanların oranlarının artırılması sağlanmalıdır.

db. Performansa dayalı sistemde verilen ek ödemeler emekliliğe yansıtılmaktadır. Bu durum çalışırken alınan görece yüksek ücretlerin emekli olduğunda çok düşük bir ücretle karşılanması sonucunu doğurmaktadır. Bunun giderilmesi için kademeli olarak döner sermayeden alınan ek ödemelerin emekli karşılık ve keseneklerinin ödenmesi yoluna gidilmelidir.

dc. Performansa dayalı döner sermayeden ek ödemede taban aylık ve kıdem aylık matraha dahil edilmediğinden, düşük oranlarda ücret alanların aleyhine bir durum oluşmaktadır. Oranlarının artırılmaması halinde taban aylık ve kıdem aylığın matraha dahil edilmesi sağlanmalıdır.

dd. Sendikamız performans sistemi uygulamaya geçmeden önce de Sağlık Bakanlığı'na değişik kereler sunduğu tekliflerde havuz sistemi kurulmasını önermiştir. Bu sistemde tüm gelirle belli bir havuzda toplanacak ve personele bu havuzdan görevine, mesleğine ve öğrenim durumuna göre belirlenecek kriterlere uygun olarak ek ödeme yapılacaktır. Bu sistemle performans sisteminin olumsuzlukları giderilmiş olacak, personel arasındaki ücret adaletsizliği en alt seviyeye inecek, bölgeler-iller-hastaneler-basamaklar arasındaki ücret farklılıkları kapanacak ve en önemlisi de sağlıkta israfın önüne geçilecek, denetlenmesi daha kolay olacaktır.

3. Sözleşmeli personele ek ödeme: Üniversite hastanelerinde görev yapan sözleşmeli personelin döner sermayeden ek ödeme almasının düzenlenmesi bir eşitsizliği gidermesi bakımından olumludur. Ancak, Ekim 2007'den itibaren üniversitelerde göreve başlayan 4/B statüsündeki sağlık personelinin hizmetlerinin karşılığı olarak tıpkı Sağlık Bakanlığı'nda olduğu gibi ek ödeme almalarının sağlanması için yasanın yürürlük tarihi Ekim 2007 olmalıdır. Aksi halde yaklaşık 9 aydır çalıştırılıp karşılığında ek ödeme verilmeyen bu personele angarya hükümleri uygulanmış olacak, eşitliğe aykırı bir durum yaratılacaktır.

4. Görev Tazminatı Tüm Personele Verilmelidir: Tasarı taslağı ile tüm sağlık personeli açısından tam güne geçilmesi öngörülmektedir. Bu durumda tam güne tabi olan personele verilecek iyileştirmelerden tamamının birden yararlanması gerekmektedir. Ancak tasarı taslağı ile uzman tabip, tabip, diş tabibi ve eczacı unvanlı personel dışındakilere görev tazminatı verilmeyecek olması büyük bir tezatlık oluşturmaktadır. Sağlık hizmeti ekip hizmeti olduğundan ve tüm personel tam güne tabi tutulduğundan hepsine birden görev tazminatının kadro durumlarına uygun olarak verilmesi sağlanmalıdır. Aksi halde eşit yükümlülöklere tabi tutulanlar arasında eşitsizlik yaratılmış olacaktır.

5. Çalışma Saatleri Ve Fazla Çalışma: Tasarı taslağı ile haftalık mesai süresinin 40 saate indirilecek olması bu alandaki 12 Eylül hukukunun sona ermesi anlamına gelmektedir. Bu sağlık personeli açısından olumlu bir gelişmedir. Ayrıca nöbet ücreti ödenmesinde 25 yatak sınırının kaldırılması ve nöbet tutan tüm personele nöbet ücreti verilecek olması olumlu gelişmelerdir. Ancak bu konuda çeşitli sorun alanları yaratılmıştır.

a. Nöbet tutmada ve icap nöbetine kalmada herhangi bir saat sınırının getirilmemiş olması fazla çalıştırmanın önünü sonuna kadar açmaktadır.

b. İcap nöbetine kalmada herhangi bir kıstasın olmaması özellikle sayısal açıdan az bulunan branşların 365 gün icapçı kalmasına neden olmaktadır. Bu durum çok büyük sakıncalar doğurmaktadır. İcap nöbetine kalmayla ilgili objektif ve personel aleyhine sonuç doğurmayacak çeşitli kriterler belirlenmelidir. Aksi halde, hizmet veren personelin sağlık ve sosyal açıdan nitelikli hizmet vermesinin önü kesilecektir.

6. İyonizan radyasyon kaynaklarıyla çalışanların mesai süresi artırılmamalıdır: 6 Ekim 2007 tarihli Resmi Gazetede yayınlanan Kamu Sağlık Hizmetlerinde İyonlaştırıcı Radyasyon Kaynakları ile Çalışan Personelin Radyasyon Doz Limitleri Hakkında Yönetmeliğin 8. maddesinde bu personelin çalışma düzeniyle ilgili düzenlemelere yer verilmiştir. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 08.10.2007 tarih ve 21025 sayılı genel yazısı ile bu personelin çalışma süresi günlük 5 saatten 9 saate çıkarılmıştır. Sendikamızın açtığı davada, Danıştay 12. Dairesinin 2007/5157 sayılı dava dosyasında Sağlık Bakanlığı savunması gelinceye kadar yürütmeyi durdurma kararı verilmişti. Sağlık Bakanlığı savunması geldikten sonra Danıştay 12. Dairesi 5. Daire ile beraber verdiği kararda önceki yürütmeyi durdurma kararını kaldırarak, yürütmeyi durdurma istemimizi oy çokluğu ile reddetmişti. Sendikamız bunun üzerine itirazını yapmıştı. İtiraz üzerine Danıştay İdari Dava Daireleri Kurulu 2008/417 YD. itiraz no sayılı 01.05.2008 tarihli yürütmeyi durdurma kararı vererek, radyoloji çalışanlarının günlük mesaisinin 5 saat olarak devamına karar vermiştir. Danıştay kararı doğrultusunda hareket edilerek, radyoloji çalışanlarının sağlık açısından zorunlu olan günlük 5 saatlik çalışma süresi aynen korunmalıdır.

7. İş güvenceli ve yeterli istihdam: Tasarı taslağı ile kamuda tam gün çalışmanın düzenlenmesi sağlanmış ancak sağlık personelinin iş güvencesiyle ilgili herhangi bir düzenleme yapılmamıştır. Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastanelerinde sayıları 50 bini geçen sözleşmeli personelin iş güvencesinin sağlanması için kadroya alınması gerekmektedir.

Yasa tasarısı taslağı bu haliyle kamusal sağlık hizmetlerinin özelleştirildiği esnek, kuralsız, iş ve ücret güvencesinden yoksun çalışmanın yaygınlaşacağı bir sağlık ortamında sağlık personelinin tam gün çalışmasına ve bu haliyle "tam gün köleliğe" hizmet edecektir. Dönüşüm programından vazgeçilerek gerçek anlamda kamusal bir sağlık sisteminin inşa edileceği bir sağlık ortamı yaratılması gerektiğini bir kez daha ifade ediyoruz.

## **EK 12: Sağlık-Sen'in Değerlendirmesi**

Sağlık hizmetlerinin etkin ve verimli bir şekilde sunulabilmesi ve vatandaşlarımızın sağlık hizmetine kolay ulaşabilmesi, sendikamızın yıllardır savunduğu temel politikalarındandır.

Ancak, tam gün yasa tasarısı taslağında, aşağıda ifade ettiğimiz değişiklik önerileri ve değerlendirmelerin dikkate alınması, vatandaşlarımıza eşit ve yüksek standartta sağlık hizmeti sunulması noktasında önem arz etmektedir.

MADDE 1- 2004 yılında başlayan performansa dayalı döner sermaye sistemi tabip eksenlidir. Sağlık hizmetlerinin bir ekip işi olduğu gerçeği unutulmadan, personelin tümünün katkısıyla elde edilen gelirin adil bir şekilde dağılımı esas alınmalıdır. Özellikle tabip dışı personelin tavan oranlarının düşük tutulmasından dolayı döner sermaye matrahı düşük olmakta, verilen ek ödemeler de personel için yeterince motive edici olmamaktadır. Yasa tasarısı taslağında tabip dışı personelin tavan oranlarının aynı şekilde (% 150 kalacak olması), çalışma barışını tehdit eden bir unsur olarak devam etmektedir. (Konu ile ilgili Danıştay'da açmış olduğumuz dava Anayasa Mahkemesi'ne gönderilmiştir ve konu Anayasa Mahkemesi'nde görülecektir).

Taslakta, idari il sağlık müdür yardımcılarının tavan ek ödeme katsayısının '%250' ye çıkarılması doğru bir adım olmakla birlikte; idari şube müdürleri, sağlık lisansiyerleri ve diğer personelle ilgili düzenlemeye yer verilmemiş olması önemli bir eksiklik olarak görülmektedir.

Tam gün yasa taslağında, üniversite hastanelerinde uygulanan mevcut ek ödeme sisteminin Sağlık Bakanlığı ile uyumlu hale getirilmesini önemsiyoruz.

Özellikle üniversite hastanelerinde görev yapan sözleşmeli personele döner sermaye ödenmesi ve tabip dışı personelin döner sermaye ek ödemelerinde iyileştirmeler yapılması önem arz etmektedir.

Geçici işçi statüsünden 4/B sözleşmeli statüsüne geçen personelin döner sermayeden faydalanmasının sağlanması da önemli bir adımdır.

MADDE 2- Üniversite hastanelerindeki mevcut ek ödeme uygulamalarında, öğretim üyesi dışındaki personelin mağduriyeti söz konusudur. Mevcut düzenlemede Sağlık Bakanlığı ile aynı şekilde bir döner sermaye ek ödeme sistemine geçilmesi, uygulama birliği ve kurumlar arası ücret dengesi açısından önemlidir.

Ancak, 1. maddede döner sermaye tavan oranlarından kaynaklanan problemler, üniversite hastanelerinde de karşımıza çıkacaktır.

Performansa dayalı döner sermaye ek ödeme sisteminin esası, "fiili katkı" ya dayanmaktadır. Buna rağmen, üniversite hastanelerindeki döner sermaye ek ödemelerinden rektör, rektör yardımcıları, tıp fakülteleri dışındaki dekan ve dekan yardımcılarının gelir getirici katkılarına bakılmaksızın yararlanabilecek olması, sistemin esasına ve yasanın ruhuna aykırı nitelik taşımaktadır.

Nöbet hizmetleri hariç mesai saatleri dışındaki çalışmalardan doğan katkılarına karşılık olarak "bu maddede belirtilen oranların % 50'sini geçmeyecek şekilde" ibaresi, "mevcut matrahın %50 arttırılması" şeklinde düzenlenmeli ve durum netleştirilmelidir.

MADDE 3- Sağlık Bakanlığı ile üniversite hastanelerinde döner sermaye ek ödeme sistemi açısından uygulama birliği sağlanırken, Türk Silahlı Kuvvetleri personelinin ayrı tutulması uygun değildir. Sağlık hizmeti veren tüm kurumlar arasında uygulama birliğinin sağlanması ve hakların kurumlar farklı olsa da eşit olması temel ilke olmalıdır.

MADDE 4- Yabancı hekimlerin Türkiye'de istihdam edilmesi, bazı temel koşulların yerine getirilmesi şartıyla sendikamız tarafından desteklenen bir yaklaşımdır.

Ancak, özellikle Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı olup, değişik sebeplerle yurt dışında okumak zorunda kalan tıp fakültesi mezunlarının istihdamına yönelik, YÖK denklik uygulamalarından kaynaklanan problemler giderilmelidir.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda ve dolayısıyla hekimlik mesleğinde en önemli unsur iletişimdir. İletişimin büyük önem taşıdığı sağlık hizmetlerinde yabancı hekimlerin mutlaka yeterli düzeyde Türkçe dilbilgisine sahip olması gerekmektedir.

Düzenlemede eksik kalan bir başka nokta ise yurtdışında eğitim almış ya da ihtisas yapmış T.C. vatandaşı hekimlerin durumudur. Bu hekimler, Türkiye'de özel sektörde çalışmak isteseler dahi öncelikle mecburî hizmete tâbi olmaları kabul edilir bir mantık değildir. Zaten kendi imkânlarıyla, maddi ve manevi fedakârlıklarda bulunarak yurtdışında ihtisas yapmış olan hekimlerin Türkiye'de özel sektörde çalışmak için mecburi hizmet şartı konması nedeni ile ülkemizin sağlığına katkı sağlayamamaları, "hekim ihtiyacı" ve "nüfusa düşen hekim sayısında 53 OECD ülkesi arasında 52. ülke Türkiye" söylemleriyle örtüşmemektedir.

MADDE 5- İyonlaştırıcı radyasyonla teşhis, tedavi ve araştırmanın yapıldığı yerlerde uygun çalışma süresi 5 saattir. Ancak, Sağlık Bakanlığı'nda durum böyle olmasına rağmen haftalık çalışma süresinin 40 saate çıkarılması kabul edilemez bir uygulamadır. Konu ile ilgili Sağlık Bakanlığı'nın 06.10.2007 tarihli yönetmelik ile yürürlüğe koyduğu uygulamaya sendikamız Genel Merkezi tarafından Danıştay'da dava açılmış, ardından da yürütmeyi durdurma kararı verilmiştir. Bakanlığın itirazı üzerine yürütmeyi durdurma kararı kaldırılmıştır. Ancak, 11.03.2008 tarihinde Danıştay Dava İdareleri Genel Kurulu'na yapılan müracaat neticesinde 01.05.2008' de yürütmeyi durdurma kararı verilmiştir. Konu hakkında gereken düzenlemeler yapılarak mesai saatleri 5 saat olarak belirlenmelidir.

MADDE 6- Bu maddede yapılan düzenleme ile mevcut uygulamada nöbet ücretinden faydalanamayan sağlık hizmetleri sınıfı dışındaki personel ile birinci basamak sağlık kuruluşlarındaki tüm personelin nöbet ücretinden faydalanacak olması ve nöbet ücretlerinin iki katına çıkarılması, personelin özlük haklarının iyileştirilmesi noktasında önemli bir adımdır. İcap nöbetlerinde ödenecek ücretler ile ilgili olarak, icap nöbetlerinde normal nöbet ücretleri için belirlenen ücretin % 30'u tutarından % 50'sine yükseltilmiş olması önemli bir gelişmedir. Ancak unutulmaması gereken önemli bir nokta, mesai saatlerindeki çalışma ile mesai saatleri dışındaki gece çalışmasının ve tatil - bayram günlerindeki çalışmanın aynı tutulmasıdır. İşçilerin gece ve tatil - bayram günleri çalışmalarına % 50 ile % 300 arasında değişen ek artırımlar verilirken, sağlık gibi tercihe değil de mecburiyete dayalı olarak tatil günlerinde çalışılan bir sektörde bu düzenlemenin genişletilmesi noktasında sağlık çalışanlarının beklentileri karşılanamamış olacaktır.

MADDE 7- Uzman tabip, tabip, diş tabibi ve eczacı unvanına sahip personele Bakanlar Kurulu'nun belirleyeceği oranda görev tazminatı ödenmesi öngörülmektedir. Bu tazminattan tüm personel faydalandırılmalıdır.

GEÇİCİ MADDE 1- "Sağlık Bakanlığı kadrolarında çalışmakta iken istifa suretiyle görevlerinden ayrılmış olanlardan tekrar bakanlıktaki eski görevlerine başlamak isteyenler, bu Kanunun yayımını takip eden üç ay içinde başvurmaları halinde eski görev yerlerine, bu yerlerde durumlarına uygun kadro olmaması halinde ihtiyaç duyulan münhal yerlere açıktan atama izni aranmaksızın atanırlar." hükmüne, Sağlık Bakanlığı kadrolarında çalışmakta iken istifa eden "genel idare hizmetleri sınıfı, teknik hizmetler sınıfı ve yardımcı hizmetler sınıfı" çalışanları da dâhil edilmelidir.

Sonuç itibarıyla; Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte vatandaşlarımızın sağlık hizmetlerine ulaşabilirliği kolaylaşmış, bunun sonucunda sağlık kuruluşlarına müracaatlar 2002 yılına göre 5 kat artmış, dolayısıyla personelin iş yükünü de aynı oranda ağırlaşmıştır. Bu durumda, iş yükü artan personelin çalışma koşullarının düzeltilmesi ve özlük haklarında iyileştirmeler yapılması sağlık hizmetlerinin hedeflenen düzeye getirilmesi açısından hayati derecede önem arz etmektedir.

Sendika olarak yıllardır önemle vurguladığımız ve Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep AKDAğ görüşmede de dile getirdiğimiz; mesai saatlerinin 40 saate düşürülmesi ve tüm sağlık kuruluşlarında görev yapan personelin nöbet ücretlerinden faydalanmaları, nöbet ücretlerinin iki katına çıkarılması, geçici işçi statüsünden 4/ B'li sözleşmeli personel statüsüne geçen sağlık çalışanlarının döner sermaye ödemelerinden faydalanacak olmalarına ilişkin düzenlemelerin yasa tasarısı taslağında yer alması memnuniyet vericidir.

Aynı konu YÖK Başkanı Prof Dr. Yusuf Ziya ÖZCAN ile yaptığımız görüşmede de dile getirilmiş ve kendisinin yaklaşımı olumlu olmuştur. Üniversite hastanelerinde görev yapan sözleşmeli personelin döner sermaye ek ödemelerinden faydalanmaları ve Sağlık Bakanlığı ile uygulama birliği sağlanması noktasındaki taleplerimizin tasarıda yer almış olmasını, çalışanlar adına önemli bir kazanım olarak değerlendiriyoruz.

Hekimlerimizin tüm mesailerini hastalarına ayırmalarını ve hasta-hekim ilişkilerinde para etkeninin ortadan kaldırılmasını sağlayacak tam zamanlı çalışma sistemini yerinde bir uygulama olarak değerlendiriyoruz.

Ancak, alt yapı çalışmaları yapılmasına rağmen mevcut hekimlerimizin %32'lik kısmı hâlâ özel muayenehanelerinde çalışmaya devam etmektedir.

Sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği noktasında Türkiye'nin önündeki en önemli sorun; hekim sayısındaki yetersizliktir. Mevcut hekimlerimizin en iyi şekilde ve kamuda çalışmasının teşvik edilmesi, sağlık hizmetlerinin etkin ve verimli olarak sunumu ve sosyal devlet olma gereği açısından önemlidir.

Tüm personel için döner sermaye gelirlerinin emekli kesintilerine yansımaları hususunda bir düzenlemeye yer verilmemiş olması önemli bir eksikliktir. Bu konuda düzenleme yapılması gerekmektedir.

Yapılacak düzenleme ile personelin isteğe bağlı olarak döner sermaye gelirlerinden emekli kesintisi yapılması ve bunun neticesinde de daha iyi bir emeklilik geliri sağlaması temin edilmelidir. Muayenehane çalıştırmanın gerekçeleri arasında yer alan en önemli husus, hekimlerin çalışırken elde ettikleri gelirin emekli olduklarında çok aşağı düşmesidir. Bu durumda yapılması gereken, tam gün düzenlemesi dâhilinde emekliliğe yansıyan bir ek ödeme düzenlemesi yapmak olmalıdır.

Ancak burada dikkat çekilmesi ve unutulmaması gereken bir başka nokta ise; yapılacak düzenlemenin tercihe bağlı olması gerektiğidir. Aksi taktirde emekliliğine kısa süre kalmış olan ve yapılacak kesintilerle emekli aylığına kayda değer katkı sağlayamayacak olan sağlık personelinde de zorla kesinti yapılması ayrı bir zulüm olacaktır.

Son zamanlarda sağlık personeli aleyhine açılan tazminat davaları ciddi bir şekilde artmıştır. Bu konuda tam zamanlı çalışma ile birlikte tüm sağlık çalışanlarının görev sigorta bedellerinin kurumunca karşılaması vb. uygulamalar, halen özel sektörde ve kamuda çalışmaya devam eden %32'lik kesimin kamuda çalışmasına teşviki açısından önem arz etmektedir.

Sağlık personeli aleyhine açılan tazminat davaları kadar rahatsız edici ve sağlık çalışanlarının onurunu kırıcı bir başka konu ise, hekimler başta olmak üzere sağlık personelinin şiddete maruz kalmalarıdır. Her ne kadar bu yasa kapsamında yer almasa da en kısa zamanda sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddeti engelleyecek uygulama ve yasal düzenlemelere ihtiyaç vardır. Bilindiği gibi bu tip şiddet olaylarının neredeyse tamamı kamu sağlık çalışanlarına karşı yapılmaktadır. Eğer hekimler ve diğer sağlık personelinin kamuda istihdamı arzu ediliyorsa; özele kaçıışı engelleyecek önemli faktörlerden biri olarak devletin personeline sahip çıktığının ve sağlık personeline yöneltilen şiddeti müsamaha göstermeksizin cezalandırdığının somut olarak ortaya konulması gerekmektedir.

## ÖZGEÇMİŞ

**Adı ve SOYADI** : Perihan YILDIZ  
**Doğum Tarihi ve Yeri** : 14/07/1972-Sivas  
**Medeni Durumu** : Evli

### Eğitim Durumu

**Mezun Olduğu Lise** : Ankara Doğumevi Sağlık Meslek Lisesi  
**Lisans Diploması** : Atatürk Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü  
**Yabancı Dil / Diller** : İngilizce  
**Çalıştığı Kurumlar** : Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
**E-Mail** : selinsercan11@hotmail.com